

SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

W niniejszym Załączniku opisano zakres i warunki **minimalne**. Złożenie oferty zawierającej zapisy dotyczące wprowadzenia warunku zmieniającego zakres nie podlegający zmianom **spowoduje odrzucenie oferty**.

W opisie zawarto również warunki **fakultatywne**, których zastosowanie w ofercie podlegać będzie ocenie.

1. Zamówienie dotyczy grupowego ubezpieczenia na życie pracowników Zamawiającego oraz członków ich rodzin.
2. Szacowana liczba osób, które mogą skorzystać z ubezpieczenia to **2150 osób**. Jest to liczba aktualnie ubezpieczonych pracowników wraz z współmałżonkami i pełnoletnimi dziećmi wg stanu na dzień 31.03.2017r.
(informację o strukturze wiekowo-płciowej aktualnych pracowników Ubezpieczającego zawiera Załącznik nr 2 do SIWZ).
3. Zamawiający nie gwarantuje, że wszyscy pracownicy oraz ich współmałżonkowie i pełnoletnie dzieci przystąpią do ubezpieczenia z uwagi na fakt, iż jest to ubezpieczenie dobrowolne i Zamawiający nie może zobowiązać pracowników i członków ich rodzin, aby do niego przystąpili.
4. Jeżeli do ubezpieczenia przystąpi mniej niż 50% aktualnie ubezpieczonych osób w okresie 3 miesięcy od momentu podpisania umowy – Zamawiający zobowiązuje się, na wniosek Wykonawcy, do wypowiedzenia umowy po uprzednim 3 miesięcznym okresie wypowiedzenia.
5. Do ubezpieczenia mogą przystąpić pracownicy oraz współmałżonkowie, którzy ukończyli 16 rok życia i nie ukończyli 70 roku życia, a także pełnoletnie dzieci, które ukończyły 18 rok życia.
6. Odpowiedzialność Wykonawcy w stosunku do Ubezpieczonego w pełnym zakresie ubezpieczenia kończy się w dniu rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat. W przypadku osób przekraczających ten wiek i będących nadal pracownikami następuje wydłużenie odpowiedzialności dla całego zakresu ubezpieczenia do czasu trwania stosunku prawnego łączącego go z Ubezpieczającym.
7. Prawo przystąpienia do ubezpieczenia będzie przysługiwać współmałżonkom oraz pełnoletnim dzieciom pracowników, na tych samych warunkach co pracownikom. Wykonawca nie może wymagać minimalnego poziomu partycypacji dla współmałżonków i pełnoletnich dzieci.
8. Wykonawca nie będzie wymagał żadnych ankiet medycznych zarówno w przypadku pracowników jak i ich współmałżonków i pełnoletnich dzieci w dowolnym czasie przystąpienia do ubezpieczenia. Oznacza to, że nie będzie wymagał przedstawienia żadnych informacji dotyczących stanu ich zdrowia, jak również nie będzie przeprowadzał badań lekarskich.
9. Osoby dotychczas ubezpieczone (pracownicy, współmałżonkowie oraz pełnoletnie dzieci) przebywający na zwolnieniu lekarskim, na urlopie bezpłatnym, macierzyńskim, tacierzyńskim, rodzicielskim bądź w szpitalu, w dacie początku ubezpieczenia - mają prawo przystąpienia do ubezpieczenia, pod warunkiem zachowania ciągłości odpowiedzialności pomiędzy dotychczasowym a nowym ubezpieczeniem.

10. Zamawiający zastrzega, że w ramach zamówienia będą funkcjonować dwa Warianty ubezpieczenia zgodnie z przyjętą w postępowaniu ofertą.
11. Po zawarciu umowy Wykonawca zobowiązany jest do wystawienia i doręczenia Ubezpieczającemu certyfikatów ubezpieczenia dla każdego pracownika/osoby objętego/ej ochroną ubezpieczeniową lub Wykonawca umożliwi wydruk certyfikatów dla każdego pracownika/osoby objętego/ej ochroną ubezpieczeniową potwierdzających objęcie ubezpieczeniem, poprzez system informatyczny do obsługi ubezpieczenia.
12. Wykonawca akceptuje, że liczba ubezpieczonych może ulec zmianie w czasie trwania umowy ubezpieczenia.
13. Wykonawca gwarantuje niezmienność warunków, zakresu ubezpieczenia oraz składki miesięcznej jednostkowej przez cały okres ubezpieczenia.
- 14. Maksymalny akceptowalny przez pracowników poziom miesięcznej składki jednostkowej wynosi 65,00 zł dla Wariantu I oraz 67,00zł dla Wariantu II.**
15. Wykonawca obejmie ubezpieczeniem pracowników, współmałżonków (z wyjątkiem partnerów życiowych dotychczas nieubezpieczonych) i pełnoletnich dzieci (również dotychczas nieubezpieczonych) bez okresu karencji w pełnym zakresie, jeżeli osoby te przystąpią do ubezpieczenia przed upływem 3 miesięcy liczonych od daty:
 - początku ochrony (umowy) ubezpieczeniowej określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia (dotyczy pracowników, współmałżonków oraz pełnoletnich dzieci),
 - nawiązania stosunku prawnego, jeżeli stosunek prawny ubezpieczonego z ubezpieczającym powstał po początku ochrony (umowy) ubezpieczeniowej (dotyczy wyłącznie pracowników)
 - zawarcia związku małżeńskiego - dotyczy współmałżonków
 - ukończenia 18 roku życia – w przypadku dzieci pracowników.
16. W przypadku partnerów życiowych - dotychczas nieubezpieczonych - przystępujących do ubezpieczenia w dowolnym momencie będą obowiązywały okresy karencji zgodnie z owu Wykonawcy.
Karencja, w każdym czasie, nie dotyczy zdarzeń, które nastąpiły w związku z nieszczęśliwym wypadkiem.
17. W przypadku pracowników, współmałżonków oraz pełnoletnich dzieci, którzy przystąpią do ubezpieczenia po 3 miesiącach od daty:
 - początku ochrony (umowy) ubezpieczeniowej określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia (dotyczy pracowników, współmałżonków oraz pełnoletnich dzieci),
 - nawiązania stosunku prawnego, jeżeli stosunek prawny ubezpieczonego z ubezpieczającym powstał po początku ochrony (umowy) ubezpieczeniowej (dotyczy wyłącznie pracowników)
 - zawarcia związku małżeńskiego - dotyczy współmałżonków
 - ukończenia 18 roku życia – w przypadku dzieci pracowników.będą obowiązywały następujące okresy karencji zgodnie z owu Wykonawcy.
Karencja, w każdym czasie, nie dotyczy zdarzeń, które nastąpiły w związku z nieszczęśliwym wypadkiem.
18. Wykonawca dopuszcza również możliwość opłacania składek poprzez zakład pracy w okresie korzystania z urlopu macierzyńskiego, wychowawczego lub bezpłatnego.
19. Zakres terytorialny ubezpieczenia – ubezpieczenie obowiązuje na terenie całego świata, całodobowo, z wyjątkiem:

- pobytu ubezpieczonego w szpitalu - odpowiedzialność może być ograniczona do RP i pozostałych krajów Unii Europejskiej.
- przeprowadzenia operacji chirurgicznej - odpowiedzialność może być ograniczona do RP.

20. Wykonawca skróci okres wyłączenia odpowiedzialności z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku samobójstwa do 6 miesięcy.
21. Wykonawca nie może odmówić wypłaty świadczenia za skutki stanów chorobowych oraz nieszczęśliwych wypadków, które wystąpiły lub wydarzyły się przed datą objęcia odpowiedzialnością przez Wykonawcę, a których skutki ujawniły się po rozpoczęciu odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej w drodze niniejszego postępowania przetargowego. Zapis ten dotyczy osób obecnie ubezpieczonych w ramach ubezpieczenia grupowego bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Dotyczy następujących świadczeń z tytułu:
- zgonu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy,
 - zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego,
 - zgonu ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu,
 - zgonu współmałżonka ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - pobytu ubezpieczonego w szpitalu,
 - poważnego zachorowania ubezpieczonego,
 - operacji chirurgicznych
 - leczenia specjalistycznego,
- pod warunkiem, iż wcześniejsza umowa ubezpieczenia obejmowała swoim zakresem wymienione w tym punkcie świadczenia i ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia zakończyła się.
22. W przypadku, gdy zajście zdarzenia powoduje powstanie odpowiedzialności Wykonawcy w stosunku do ubezpieczonego z więcej niż jednego zdarzenia objętego ubezpieczeniem, świadczenie z różnych ryzyk zostanie wypłacone w pełnej wysokości bez zastosowania jakichkolwiek potrąceń.
23. Nie dopuszcza się wyłączeń odpowiedzialności ubezpieczyciela w związku z amatorskim uprawianiem sportów nie mających ryzykownego charakteru lub udziałem ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych nie mających ryzykownego charakteru, przy czym za takie uważa się w szczególności narciarstwo i snowbording (z wyłączeniem ekstremalnego), turystyczne spływy kajakowe, nurkowanie bez specjalistycznego sprzętu umożliwiającego oddychanie pod wodą, jazdę gokartami, jazdę quadami, uczestnictwo w rywalizacjach sportowych bez użycia pojazdów kołowych, łośdzi, koni lub nart wodnych.
24. Wykonawca uzna odpowiedzialność za pierwszy pobyt w szpitalu w związku z rehabilitacją mającą na celu usunięcie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, jeżeli pobyt ten rozpoczął się w okresie 6 miesięcy od pobytu ubezpieczonego w szpitalu, związanego – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą.
25. Do obowiązków pracowników Zamawiającego należeć będzie zebranie deklaracji / wniosków przystąpienia do ubezpieczenia, ich przekazywanie ubezpieczycielowi oraz przechowywanie po zwrocie, udostępnianie zainteresowanym przystąpieniem do ubezpieczenia Ogólnych warunków ubezpieczenia obowiązujących w umowie, aktualizacja listy ubezpieczonych w trakcie trwania umowy ubezpieczenia (dane dotyczące ubezpieczonego, uposażonego), przekazywanie składek za ubezpieczenie oraz rozliczenia tych składek wraz z wykazem ubezpieczonych osób oraz ewentualnie inne czynności uzgodnione z Zamawiającym.

26. Wykonawca zapewni system informatyczny do obsługi ubezpieczenia lub umożliwi przesyłanie dokumentów za pomocą poczty elektronicznej. Oczekiwany zakres funkcji systemu informatycznego będzie w szczególności obejmować:
- prowadzenie ewidencji osób objętych ubezpieczeniem,
 - ewidencjonowanie osób przystępujących do ubezpieczenia
 - ewidencjonowanie osób występujących z ubezpieczenia
 - rozliczanie składek miesięcznych.
27. Wykonawca gwarantuje możliwość zgłaszania przynajmniej świadczeń bezspornych (z tytułu urodzenia dziecka, urodzenia martwego dziecka, śmierci rodziców i teściów, śmierci dziecka) drogą elektroniczną (poczta e-mail, faks) bez konieczności potwierdzania dokumentów za zgodność z oryginałem oraz wypłatę tych świadczeń w ciągu 5 dni roboczych od daty wpływu kompletnej dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia roszczenia. Wykonawca w uzasadnionych przypadkach może zawnieść o wgląd w oryginały dokumentacji.
28. W przypadku zgłoszenia roszczeń z innych ryzyk niż wymienione w pkt. 27 Wykonawca zobowiązuje się do wypłaty świadczenia najpóźniej w ciągu 30 dni od daty zgłoszenia świadczenia, a w przypadku braku kompletnej dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia roszczenia, zobowiązuje się do wypłaty świadczenia w terminie 14 dni od dnia wyjaśnienia wszystkich okoliczności niezbędnych do ustalenia jego odpowiedzialności. Ponadto w ciągu 7 dni od daty wpływu roszczenia do osoby składającej roszczenie Wykonawca wyśle pismo z prośbą o uzupełnienie dokumentacji oraz listą informacji niezbędnych do zakończenia procesu likwidacji roszczenia, **jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.**
29. Zamawiający dopuszcza możliwość wypłaty świadczenia na podstawie dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia bez konieczności wykonania badania lekarskiego. W przypadku wystąpienia przez Ubezpieczonego z uzasadnionym wnioskiem o przeprowadzenie badania lekarskiego Wykonawca gwarantuje możliwość zorganizowania komisji lekarskiej i pokryje jej koszty.
30. Wykonawca zapewni obsługę grupowego ubezpieczenia na życie w odległości do 70 km od siedziby Zamawiającego, co oznacza, że gwarantuje co najmniej:
- przyjmowanie i weryfikację dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia roszczenia,
 - przyjmowanie wniosków o zawarcie ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego,
 - przeprowadzenie badań lekarskich.
31. Wykonawca zagwarantuje ubezpieczonemu, tj. pracownikowi, współmałżonkowi i pełnoletniemu dziecku, dożywnością indywidualną kontynuację ubezpieczenia, bez względu na wiek, po ustaniu stosunku prawnego łączącego pracownika Ubezpieczającego z Ubezpieczającym przy maksymalnej składce 6,00 zł od każdego 1 000,00 zł sumy ubezpieczenia za jednego ubezpieczonego. Wykonawca nie będzie wymagał wypełnienia ankiet medycznych. Wybór sumy ubezpieczenia należy do ubezpieczonego, przy czym suma ta nie może być niższa niż 7.000zł i przekraczać 15.000,00 zł.
- Prawo do indywidualnej kontynuacji przysługuje Ubezpieczonemu, pod warunkiem, że przekazano za niego składkę za okres co najmniej 6 miesięcy, natomiast w przypadku ustania stosunku prawnego łączącego pracownika Ubezpieczającego z Ubezpieczającym z powodu reorganizacji lub likwidacji Ubezpieczającego bez względu na okres przekazywania składek za Ubezpieczonego. Do tego okresu zaliczany będzie również staż u poprzedniego ubezpieczyciela – pod warunkiem, że została zachowana ciągłość ubezpieczenia.

Minimalny obligatoryjny zakres kontynuacji powinien obejmować :

Śmierć ubezpieczonego – min. 100%

Śmierć ubezpieczonego wskutek NW – min. 200%

Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek NW – min. 1% za 1-4 % uszczerbku

Śmierć małżonka – min. 100%

Śmierć dziecka – min. 30%

Urodzenie dziecka – min. 10%

Śmierć rodziców lub teściów – min.20%

Osierocenie dziecka przez ubezpieczonego – min. 40%

32. Wykonawca winien złożyć ofertę zgodnie z zakresem i wysokością świadczeń, które podane zostały w tabeli:

Lp	Zakres ubezpieczenia	Minimalna wysokość	
		Wariant I	Wariant II
1.	Śmierć ubezpieczonego	55 000,00 zł	60 000,00 zł
2.	Śmierć ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu*	93 500,00 zł	100 000,00 zł
3.	Śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku*	110 000,00 zł	120 000,00 zł
4.	Śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego*	165 000,00 zł	180 000,00 zł
5.	Śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku przy pracy*	165 000,00 zł	180 000,00 zł
6.	Śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy*	220 000,00 zł	240 000,00 zł
7.	Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku:		
	- za 1% trwałego uszczerbku	450,00 zł	480,00 zł
	- za 100% trwałego uszczerbku	45 000,00 zł	48 000,00 zł
8.	Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu		
	- za 1% trwałego uszczerbku	450,00 zł	480,00 zł
	- za 100% trwałego uszczerbku	45 000,00 zł	48 000,00 zł
9.	Śmierć małżonka	16 500,00 zł	18 000,00 zł
10.	Śmierć małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku*	49 500,00 zł	54 000,00 zł
11.	Śmierć rodziców lub teściów ubezpieczonego	2 750,00 zł	3 000,00 zł
12.	Śmierć dziecka	3 300,00 zł	3 500,00 zł
13.	Urodzenie się dziecka	1 700,00 zł	500,00 zł
14.	Urodzenie martwego dziecka	3 400,00 zł	1 000,00 zł
15.	Osierocenie dziecka	4 500,00 zł	4 800,00 zł
16.	Poważne zachorowania ubezpieczonego – suma ubezpieczenia	4 500,00 zł	5 000,00 zł
17.	Operacje chirurgiczne – suma ubezpieczenia	3 000,00 zł	4 000,00 zł
18.	Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby do 14 dni	50,00 zł	50,00 zł
19.	Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby powyżej 14 dni	50,00 zł	50,00 zł
20.	Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku do 14 dni*	125,00 zł	125,00 zł
21.	Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego do 14 dni*	150,00 zł	150,00 zł
22.	Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku przy pracy do 14 dni*	150,00 zł	150,00 zł
23.	Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy do 14 dni*	175,00 zł	175,00 zł
24.	Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu do 14 dni*	75,00 zł	75,00 zł
25.	Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu powyżej 14 dni	50,00 zł	50,00 zł
26.	Pobyt Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, nieszczęśliwego wypadku przy pracy nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy – powyżej 14 dni	50,00 zł	50,00 zł
27.	Pobyt Ubezpieczonego na OIOM/OIT	500,00 zł / 100,00 zł	500,00 zł / 100,00 zł
28.	Rekonwalescencja Ubezpieczonego	25,00 zł	25,00 zł
29.	Leczenie specjalistyczne	4 000 zł	4 000 zł
30.	Refundacja zakupów dokonanych w aptece	200,00 zł	200,00 zł
	Oferowana wysokość składki w zł

* Uwaga! Podane w tabeli wysokości świadczeń są wartościami skumulowanymi.

33. Definicje:

- **ubezpieczony** - pracownik Ubezpieczającego, współmałżonek i pełnoletnie dziecko pracownika, pod warunkiem że przystąpią do ubezpieczenia;
- **pracownik** - osoba fizyczna pozostająca w stosunku prawnym z Ubezpieczającym na podstawie ważnej umowy o pracę w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu, umowy zlecenia, umowy o dzieło bądź w innym stosunku prawnym zaakceptowanym przez Wykonawcę;
- **współmałżonek** – osoba pozostająca z ubezpieczonym w związku małżeńskim, w stosunku do której nie orzeczono separacji zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Wykonawca uzna za współmałżonka również **partnera życiowego**, tj. osobę nie będącą w formalnym związku małżeńskim, pozostającą z pracownikiem – również nie będącym w formalnym związku małżeńskim – we wspólnym pożyciu, która jednocześnie nie jest spokrewniona z pracownikiem w linii prostej ani nie jest rodzeństwem ani powinowatym w linii prostej z pracownikiem. Partner życiowy może przystąpić do ubezpieczenia albo 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. Zmiana oświadczenia może nastąpić najwcześniej po upływie roku od daty przystąpienia do umowy ubezpieczenia lub od daty ostatniego oświadczenia.
- **pełnoletnie dziecko** - dziecko własne, przysposobione lub pasierb Ubezpieczonego pracownika (pod warunkiem, że nie żyje matka lub ojciec pasierba), które w dniu przystąpienia do ubezpieczenia ukończyło 18 rok życia;
- **dziecko:**
 - a. własne, przysposobione lub pasierb (pod warunkiem, że nie żyje matka lub ojciec pasierba) - bez względu na wiek dziecka - (dotyczy świadczenia z tytułu śmierci dziecka oraz śmierci dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem zaakceptowania klauzuli fakultatywnej);
 - b. własne, przysposobione lub pasierb (pod warunkiem, że nie żyje matka lub ojciec pasierba) do 18 roku życia lub do 25 roku życia pod warunkiem, że uczęszcza do szkoły lub bez względu na wiek w przypadku jego całkowitej niezdolności do pracy (dotyczy świadczenia z tytułu osierocenia dziecka);
- **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** – 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),
- **nieszczęśliwy wypadek** - nagłe, niezależne od woli ubezpieczonego i stanu jego zdrowia, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną mające miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, w wyniku którego nastąpiło zdarzenie objęte umową ubezpieczenia;

- **nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek, w którym ubezpieczony uczestniczył jako kierowca lub pasażer środka lokocji, i w którym uległ wypadkowi w związku z ruchem drogowym, wodnym lub powietrznym a także w związku z ruchem pojazdu szynowego. Za uczestników wypadku komunikacyjnego uznaje się również ubezpieczonego występującego w charakterze rowerzysty lub pieszego.
- **wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego zwykłych czynności albo poleceń przełożonych w ramach stosunku pracy albo stosunku cywilnoprawnego, z tytułu którego opłacana jest składka na ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych;
- **trwały uszczerbek na zdrowiu** – każde naruszenie sprawności organizmu polegające na fizycznej utracie organu, narządu, układu lub trwałym uszkodzeniu ciała, upośledzeniu czynności organizmu lub narządu lub ograniczeniu, upośledzeniu ich funkcji;
- **choroba** - reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- **urodzenie się dziecka** – urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu potwierdzone aktem urodzenia w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Za urodzenie dziecka uważa się również przysposobienie dziecka do 5 roku życia;
- **urodzenie martwego dziecka** – urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu, które zmarło w trakcie porodu lub urodziło się martwe, pod warunkiem, że urodzenie to zostało zarejestrowane;
- **szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielenia świadczeń zdrowotnych chorym, których stan zdrowia wymaga całodobowej opieki lekarsko – pielęgniarskiej;
- **świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu** – świadczenie za pobyt w szpitalu winno być wypłacone od pierwszego dnia pobytu w szpitalu z tym, że świadczenie będzie wypłacone za **pobyt trwający co najmniej 3 dni** w przypadku choroby i **co najmniej 1 dzień** w przypadku nieszczęśliwego wypadku. Za dzień pobytu w szpitalu uważa się każdy dzień wg daty kalendarzowej, w którym Ubezpieczony przebywał w szpitalu, w tym dzień przyjęcia i dzień wypisu ze szpitalu. Maksymalna ilość dni pobytu w szpitalu, za które przysługuje świadczenie nie może być mniejsza niż 90 dni w każdym okresie kolejnych 12 miesięcy liczonych od daty zawarcia umowy. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za pobyt ubezpieczonego w szpitalu, co najmniej w krajach należących do Unii Europejskiej oraz na terytorium: Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Szwajcarii, Watykanu.
- **OIOM/OIT** – specjalistyczny oddział szpitalny przeznaczony dla chorych wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru. Za OIOM uznaje się także oddziały intensywnej opieki kardiologicznej i neurologicznej. Świadczenie wypłacane jednorazowo lub za każdy dzień pobytu (minimalnie za 5 dni).
- **rekonwalescencja** – pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym przez oddział szpitalny, w którym odbywało się leczenie szpitalne, bezpośrednio po pobycie w szpitalu (wymagany czas pobytu w szpitalu to minimum 10 dni). Maksymalna ilość dni, za które przysługuje

świadczenie nie może być mniejsza niż 90 dni w każdym okresie kolejnych 12 miesięcy liczonych od daty zawarcia umowy. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie po jednorazowym pobycie w szpitalu maksymalnie za 30 dni.

- **operacja chirurgiczna** - zabieg chirurgiczny wykonany w placówce medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej metodą endoskopową, laparoskopową, otwartą lub zamkniętą przez wykwalifikowanego lekarza o specjalności zabiegowej, w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, niezbędny z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu. Ustalenie wysokości świadczenia dotyczącego konkretnej operacji będzie odbywało się zgodnie z postanowieniami OWU Wykonawcy. Zakres katalogu operacji chirurgicznych obejmował będzie co najmniej 500 przypadków operacji. Dopuszcza się również zastosowanie otwartego katalogu operacji zgodnego z Międzynarodową Klasyfikacją Procedur Medycznych ICD9. Zamawiający dopuszcza podział na minimum trzy klasy przy czym do klasy trzeciej należą najprostsze operacje; jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia Wykonawcy przewidują podział operacji chirurgicznych na więcej niż 3 klasy, świadczenia z tytułu operacji chirurgicznych przyporządkowanych do klas niższych nie mogą być mniejsze niż 10% świadczenia określonego w pkt. 32. Wykonawca nie może wymagać do wypłaty świadczenia z tytułu operacji chirurgicznych minimalnego okresu pobytu w szpitalu w związku z przebytą operacją.
- **poważne zachorowanie Ubezpieczonego** - zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie co najmniej następujących chorób:
 - zawał serca, udar mózgu, chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej by-pass, nowotwór złośliwy, niewydolność nerek, zakażenie wirusem HIV w następstwie transfuzji krwi, zakażenie wirusem HIV w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych, anemia aplastyczna, przewlekłe zapalenie wątroby, oparzenia, angioplastyka wieńcowa, paraliż, utrata wzroku, sepsa, choroba Parkinsona, przeszczep narządów, tężec, oponiak, zgorzel gazowa, utrata słuchu, stwardnienie rozsiane, wada serca, borelioza, wścieklizna, utrata kończyn, utrata mowy, ropień mózgu, śpiączka, bakteryjne zapalenie wsierdZIA, zapalenie mózgu lub opon-mózgowo-rdzeniowych, łagodny guz mózgu, gruźlica, choroba Alzheimera, bąblowiec mózgu,**za które Wykonawca wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w tabeli świadczeń.**

Zamawiający określił definicje następujących chorób:

1. Nowotwór złośliwy – rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek otaczających. Do nowotworów złośliwych zaliczane są także: chłoniaki, ziarnica złośliwa, białaczki, czerniak. Za nowotwór złośliwy nie uważa się: nowotworów łagodnych, nowotworów skóry, nowotworów przedinwazyjnych in situ, nowotworów współistniejących z infekcją HIV oraz nowotworów nieinwazyjnych.

2. Udar – nagłe, w efekcie trwałe 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 podanych w Tabeli:

- 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.

3. Zawał serca – wystąpienie martwicy ograniczonego obszaru mięśnia sercowego jako skutek ostrego niedokrwienia, rozpoznane na podstawie typowego dla zawału serca bólu, nowych zmian w zapisie EKG potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca i znaczącego podwyższenia stężeń enzymów sercowych we krwi.

Powyższa definicja odnosi się również do następujących świadczeń podanych w Tabeli:

- 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.
- **leczenie specjalistyczne** - przedmiotem ubezpieczenia jest przeprowadzenie u ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy przynajmniej następujących zabiegów: chemioterapii albo radioterapii, terapii interferonowej, wszczepienia kardiowertera / defibrylatora, wszczepienia rozrusznika serca, ablacji oraz dializoterapii. W przypadku przeprowadzenia zarówno radioterapii i chemioterapii dopuszcza się wypłatę tylko jednego z wymienionych świadczeń. W pozostałych przypadkach przysługuje jedno świadczenie w związku z tym samym leczeniem specjalistycznym. Wysokość świadczenia równa się 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie. Zamawiający dopuszcza definicje w/w zabiegów zgodnie z OWU Wykonawcy.
 - **karta/ryczałt lekowa/y** - 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. Wykonawca przyzna ubezpieczonemu prawo do świadczenia za co najmniej trzy rozpoczęte pobyty w szpitalu, w każdym okresie kolejnych 12 miesięcy trwającym między rocznicami polisy, objęte odpowiedzialnością z tytułu ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.
 - **Oparzenia** – głębokie uszkodzenie tkanek czynnikami termicznymi, elektrycznymi lub chemicznymi obejmujące:
ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie lub
ponad 15% powierzchni ciała – dla oparzeń III stopnia.
Wymagane jest przedstawienie karty informacyjnej z leczenia szpitalnego określającego stopień oparzenia oraz odsetek oparzonej powierzchni ciała. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych.

KLAUZULE FAKULTATYWNE (PODLEGAJĄCE OCENIE)

1. **Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność terytorialną ubezpieczyciela za świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu** - polega na rozszerzeniu zakresu terytorialnego świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu na terytorium całego świata – **20 pkt.**
2. **Klauzula wydłużenia okresu wypłaty za świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu** – wydłużenie maksymalnego pobytu w szpitalu, za który wypłacane jest świadczenie do 180 dni w ciągu roku polisowego - **20 pkt.**

- 3. Klauzula dotycząca wypłaty świadczenia z tytułu ciężkiej choroby** - Wykonawca zagwarantuje wypłatę świadczenia za wystąpienie każdej ciężkiej choroby u danego ubezpieczonego wymienionej w ramach zakresu obligatoryjnego, która wystąpi w trakcie trwania umowy ubezpieczenia bez względu na związek przyczynowo-skutkowy. Po wystąpieniu danej choroby odpowiedzialność towarzystwa wygasa w zakresie tej choroby – **30 pkt.**
- 4. Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu w sanatorium** – Wykonawca uzna swą odpowiedzialność i przyzna świadczenie w przypadku otrzymania przez Ubezpieczonego skierowania na leczenie sanatoryjne potwierdzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia, Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Świadczenie przyznane będzie jeden raz w każdym okresie kolejnych 12 miesięcy liczonych od daty zawarcia umowy w wysokości 500zł. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu tylko jedno świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w sanatorium związanego – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą.
Kwota świadczenia to 500,00 zł - **30 pkt.**
- 5. Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu w szpitalu o pobyt w związku z leczeniem depresji i nerwicy** - Ubezpieczyciel przyzna świadczenie w przypadku ubiegania się o wypłatę świadczenia w związku z leczeniem depresji lub nerwicy, których podłożem jest praca zawodowa. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenia za maksymalnie 30 dni pobytu w szpitalu w każdym okresie kolejnych 12 miesięcy liczonych od daty zawarcia umowy – **30 pkt.**
- 6. Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu w szpitalu w związku z chorobą za pobyty krótkotrwałe** - świadczenie za pobyt w szpitalu winno być wypłacone za pobyt trwający co najmniej 2 dni w przypadku pobytu w związku z chorobą - pobyt liczony jako data przyjęcia i data wypisu ze szpitala – **40 pkt.**
- 7. Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność terytorialną ubezpieczyciela za świadczenie z tytułu operacji chirurgicznych** – polega na uznaniu przez ubezpieczyciela odpowiedzialności za operacje chirurgiczne przeprowadzone w placówce medycznej zlokalizowanej na terytorium krajów UE – **10 pkt.**
- 8. Klauzula rozszerzająca ochronę Ubezpieczyciela w przypadku świadczenia z tytułu osierocenia dziecka** – polega na przyznaniu przez Ubezpieczyciela jednorazowego świadczenia dla każdego dziecka ubezpieczonego w przypadku zgonu ubezpieczonego mającego miejsce w okresie ochrony Ubezpieczyciela. Dotyczy dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba (pod warunkiem, że nie żyje matka lub ojciec pasierba) do 25 roku życia lub bez względu na wiek w przypadku jego całkowitej niezdolności do pracy – **10 pkt.**
- 9. Klauzula rozszerzająca ochronę ubezpieczeniową o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – w przypadku śmierci dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku Wykonawca wypłaci świadczenie w podwójnej wysokości jak za śmierć naturalną dziecka. Dotyczy dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba (jeżeli nie żyje ojciec lub matka pasierba) – bez względu na wiek dziecka – **20 pkt.**
- 10. Klauzula rozszerzająca definicję małżonka** – Wykonawca uzna następującą definicję małżonka - osoba pozostająca z ubezpieczonym w związku małżeńskim, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa bez względu na fakt pozostawania w separacji – **10 pkt.**

11. Klauzula udostępnienia systemu do obsługi programu ubezpieczeniowego – Wykonawca udostępni w dniu zawarcia umowy system do obsługi programu ubezpieczeniowego umożliwiający dokonywanie w drodze elektronicznej przynajmniej niżej wymienionych czynności:

- prowadzenie ewidencji osób objętych programem ubezpieczenia,
- ewidencjonowanie osób przystępujących do programu ubezpieczenia,
- ewidencjonowanie osób występujących z programu ubezpieczenia,
- rozliczenie składek miesięcznych
- generowanie wniosku o wypłatę świadczeń z możliwością zgłaszania świadczeń poprzez łącza internetowe,
- generowanie wniosku o przejście na indywidualną kontynuację umożliwiające jego późniejsze wydrukowanie,
- ewidencjonowanie zmian danych osobowych osób objętych programem Ubezpieczenia,
- generowanie wniosku o wypłatę świadczeń umożliwiające jego późniejsze wydrukowanie – **40 pkt.**

12. Klauzula rozszerzająca ochronę ubezpieczeniową o wypłatę świadczenia z tytułu ciężkiego zachorowania małżonka Ubezpieczonego – minimalny zakres chorób to: zawał serca, udar mózgu, chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej by-pass, nowotwór złośliwy, niewydolność nerek, zakażenie wirusem HIV w następstwie transfuzji krwi, zakażenie wirusem HIV w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych, anemia aplastyczna, oparzenia, utrata wzroku, sepsa, choroba Parkinsona, przeszczep dużych narządów, tężec, oponiak, zgorzel gazowa, ropień mózgu, odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu, wścieklizna, zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie, bąblowiec mózgu.
Zamawiający dopuszcza definicje zgodnie OWU Wykonawcy. **Kwota świadczenia to 4 000,00 zł i dotyczy Wariantu I i Wariantu II – 20 pkt.**

13. Klauzula uprawniająca do zniżek marketingowych w wybranych ubezpieczeniach majątkowych – Ubezpieczyciel przyzna prawo do zniżek w ubezpieczeniach majątkowych, komunikacyjnych i osobowych osobom, które przystąpią do ubezpieczenia grupowego w wysokości 10% – **20 pkt.**

OKRES UBEZPIECZENIA, WARUNKI PŁATNOŚCI ZAMÓWIENIA

Przewidywany termin realizacji zamówienia: 01-07-2017 r. – 30-06-2020 r.

Przez pojęcie „termin realizacji zamówienia” rozumie się przedział czasowy, w którym udzielona jest ochrona ubezpieczeniowa zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia.

Sposób i forma płatności: składka będzie płacona miesięcznie przelewem przez Zamawiającego na numer konta bankowego podany Zamawiającemu przez Wykonawcę. Termin przekazywania składek określa się najpóźniej do 15 dnia miesiąca, za który są należne. W przypadku, gdy dzień płatności, tak określony przypadnie w dzień świąteczny lub wolny od pracy u Zamawiającego realizacja nastąpi w najbliższym dniu roboczym po tym terminie. Składka za każdy miesięczny okres ochrony będzie obliczana jako iloczyn ilości osób aktualnie objętych ochroną ubezpieczeniową i wysokości składki miesięcznej jednostkowej.

POSTANOWIENIA WSPÓLNE

Załącznik nr 4 do SIWZ stanowi dokument wymagany w ofercie zgodnie z punktem VII SIWZ, zaś przyjęty w ofercie zakres zostanie oceniony zgodnie z kryteriami opisanymi w punkcie XVI SIWZ.

Postanowienia SIWZ oraz wypełnionego przez Wykonawcę formularza (Załącznik nr 4 do SIWZ) mają pierwszeństwo nad postanowieniami Ogólnych/szczególnych Warunków Ubezpieczenia danego Wykonawcy, które stanowią uzupełnienie oferty i regulują kwestie nieokreślone w wyżej wymienionych dokumentach.

Jeżeli w treści OWU znajdują się zapisy dotyczące szerszego zakresu ochrony niż opisany w Załączniku nr 1 do niniejszej SIWZ i w złożonej ofercie, to automatycznie zostają one włączone do ochrony ubezpieczeniowej.

Przyjęcie warunków przetargu jest jednoznaczne z przyjęciem wzoru umowy zawartym w Załączniku nr 3 do niniejszej SIWZ.