



SZCZEGÓŁOWE WARUNKI ZAMÓWIENIA

I. Podstawowe dane

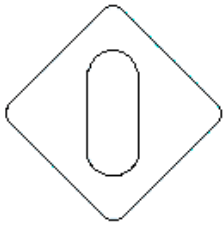
Stan na lipiec 2013	Liczba
Pracownicy ogółem	204
Struktura zawodowo-wiekowa pracowników	Załącznik nr 2 do SIWZ
Pracownicy posiadający ochronę ubezpieczeniową w ramach ubezpieczeń grupowych	143
Współmałżonkowie i pełnoletnie dzieci posiadający ochronę ubezpieczeniową w ramach ubezpieczeń grupowych na prawach pracownika	2

II. Przedmiot ubezpieczenia:

- Wykonawca akceptuje niezmiennosc swojej oferty niezależnie od ilości osób przystępujących do ubezpieczenia i znosi minimalny limit ilościowy grupy ubezpieczonych.
- Uprawnieni do ubezpieczenia** - do ubezpieczenia będą mieli prawo przystąpić pracownicy Zamawiającego oraz członkowie ich rodzin, którzy w dniu składania deklaracji przystąpienia ukończyli 18 rok życia i nie ukończyli 69 roku życia. Do ubezpieczenia będą mogły przystąpić osoby, będące pracownikiem 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 uprawnionym członkom rodzin pracowników, którzy byli objęci ubezpieczeniem grupowym funkcjonującym u Zamawiającego, a którzy w momencie wprowadzania nowej ochrony na urlopie bezpłatnym, macierzyńskim, zwolnieniu lekarskim bądź w szpitalu. Wymaga się zapewnienia pełnej ochrony przez cały okres umowy ubezpieczenia zawartej w wyniku przetargu w stosunku do pracowników Zamawiającego. W stosunku do członków rodzin ochrona wygasa w momencie ukończenia przez członka rodziny 70 roku życia.
- Ubezpieczyciel uzna swoją odpowiedzialność za skutki stanów chorobowych oraz wypadków, które zostały stwierdzone/zaszły przed początkiem odpowiedzialności Wykonawcy, a których skutki ujawniły się po rozpoczęciu odpowiedzialności Wykonawcy pod warunkiem, że Pracownik lub członek rodziny był ubezpieczony w ramach ubezpieczenia grupowego bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia – **zniesienie pre-existingu**. Zniesienie pre-extingu dotyczy następujących ryzyk ubezpieczeniowych:



-
- zgon ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy,
 - zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego,
 - zgon ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udarem,
 - zgonu małżonka ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - ciężkie choroby ubezpieczonego,
 - leczenie szpitalne,
 - operacje chirurgiczne.
4. Do okresu wyłączenia odpowiedzialności z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku samobójstwa Wykonawca zaliczy staż ubezpieczonego z poprzedniej umowy ubezpieczenia.
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 Zamawiającego.
6. **Członek rodziny:**
- małżonek – osobę pozostającą z ubezpieczonym w związku małżeńskim, w stosunku do której nie orzeczono separacji zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - pełnoletnie dziecko pracownika.
7. 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.
8. 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.
9. Zakres ubezpieczenia, sumy ubezpieczenia i wysokość świadczeń Zamawiający określa w tabeli świadczeń.
10. Prawo przystąpienia do ubezpieczenia na warunkach zaproponowanych przez Wykonawcę 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 Zamawiającego na wskazane przez Wykonawcę konto bankowe.
11. Przyjmuje się, że w stosunku do zakresu ubezpieczenia i definicji poszczególnych ryzyk mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia Towarzystw Ubezpieczeniowych biorących udział w przetargu. Wyjątek od tej zasady stanowi nadrzędność zapisów SIWZ.
Zamawiający akceptuje odmienną treść definicji, o ile nie zawęży ona zakresu ochrony i uprawnień ubezpieczonych w stosunku do założeń SIWZ.
12. **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).

13. **Karencja dla członków rodzin Pracowników:**

- w stosunku do członków rodzin pracownika objętych ochroną w ramach umów grupowego ubezpieczenia na życie zawartych przez Zamawiającego przed 01.10.2013 r., którzy przystąpią do ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, nie będą miały zastosowania okresy karencji w pełnym zakresie oferty;
- dopuszcza się zastosowanie okresów karencji na ryzyka wymienione w poz 15-24 Tabeli świadczeń, zgodnie z obowiązującymi w dniu składania oferty OWU Wykonawcy w stosunku do:
 - a) uprawnionych członków rodzin pracowników nie objętych ochroną w ramach umów grupowego ubezpieczenia na życie zawartych przez Zamawiającego przed 01.10.2013 r.,
 - b) w stosunku do członków rodziny, które przystąpią do ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia w okresie 3 miesięcy od daty zatrudnienia pracownika lub od daty zawarcia związku małżeńskiego lub ukończenia przez dziecko ubezpieczonego pracownika 18-go roku życia;
- dopuszcza się zastosowanie okresów karencji zgodnie z obowiązującymi w dniu składania oferty OWU Wykonawcy w stosunku do partnerów życiowych pracowników - w przypadku przyjęcia przez Wykonawcę klauzuli rozszerzającej definicję członka rodziny o partnera życiowego;
- 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).

14. **Indywidualna kontynuacja** - Zamawiający wymaga zagwarantowania dożywotniej 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. Do tego okresu zaliczany będzie również staż u poprzedniego ubezpieczyciela – pod warunkiem, że została zachowana ciągłość ubezpieczenia.

Minimalny zakres ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego:

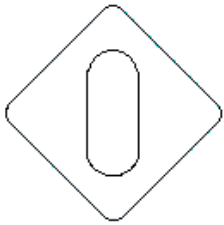
- Śmierć ubezpieczonego - min. 100% s.u.,
- Śmierć ubezpieczonego wskutek NW - min. 200% s.u. (świadczenie skumulowane),
- Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek NW - min. 1% s.u. za 1 % trwałego uszczerbku,



- Śmierć małżonka- min. 100% s.u.,
- Śmierć dziecka-min. 30% s.u.,
- Urodzenie dziecka-min. 10% s.u.,
- Urodzenie martwego dziecka – min. 20%,
- Śmierć rodziców lub teściów- min. 20%,
- Osierocenie dziecka przez ubezpieczonego- min. 40%.

Maksymalna składka to 6 zł za 1 tys. su w ubezpieczeniu indywidualnie kontynuowanym, wymagana s.u. 10 000 zł.

15. **Leczenie szpitalne** – zgodnie z owu wykonawcy, ale w znaczeniu nie węższym jak: świadczenie wypłacane w przypadku trwającego nieprzerwalnie dłużej niż 3 dni pobytu ubezpieczonego w szpitalu (od pierwszego dnia pobytu w szpitalu); świadczenie wypłacane za min. 90 dni w każdym okresie kolejnych 12 miesięcy, trwającym między rocznicami polisy. Wymaga się aby podwyższona kwota dziennego świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym, nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy, zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym należna była za minimum 14 dni pobytu w szpitalu.
16. **Pobyt na OIOM/OIT** - świadczenie powinno obejmować pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na skutek choroby lub wypadku, w pomieszczeniu przeznaczonym wyłącznie intensywnej opiece medycznej, trwający nieprzerwanie co najmniej 48 godzin (dopuszcza się możliwość wypłaty dodatkowego świadczenia dziennego, w stosunku do podstawowego świadczenia szpitalnego, za każdy dzień pobytu ubezpieczonego na OIOM/OIT w wysokości nie mniejszej jak 100 zł, należnego za minimum 5 dni pobytu na OIOM/OIT.
17. **Udar mózgu** - nagłe ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych, wywołane wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi. Konieczne jest przedstawienie dowodów na utrwalone ubytki neurologiczne.
18. **Rekonwalescencja**- zgodnie z owu wykonawcy, ale w znaczeniu nie węższym jak: świadczenie wypłacane za minimum 30 dni trwającego nieprzerwanie, bezpośrednio po co najmniej 14-dniowym 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, trwającym między rocznicami polisy.
19. **Operacje chirurgiczne** - Wykonawca ponosi odpowiedzialność za operacje chirurgiczne wykonywane metodą endoskopową, zamkniętą oraz otwartą wymienione w katalogu operacji chirurgicznych (prosimy o załączenie w ofercie katalogu operacji chirurgicznych), wykonane w placówce medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przez lekarza o specjalności zabiegowej, w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, niezbędnym z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu, w czasie trwania odpowiedzialności w stosunku do danego ubezpieczonego. Liczba kategorii/klas, według których operacje zostaną podzielone i w zależności od których Zakład Ubezpieczeń będzie wypłacał świadczenie nie może być mniejsza niż 3 (najcięższe,



pośrednie, najłżejsze) gdzie za operacje najcięższe (najbardziej skomplikowane pod względem medycznym) wypłata świadczenia będzie najwyższa i nie mniejsza niż 50% sumy ubezpieczenia. Za operacje najłżejsze (najmniej skomplikowane pod względem medycznym) wypłata świadczenia będzie wynosić nie mniej niż 10% sumy ubezpieczenia. Za operacje pośrednie wypłata świadczenia nie może być mniejsza niż 30 % sumy ubezpieczenia. Dopuszcza się podział na większą liczbę kategorii/klas o ile podział ten jest korzystniejszy niż zapisy SIWZ. 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).

20. **„Świadczenie apteczne”** - świadczenie gotówkowe/bezgotówkowe umożliwiające odbiór w aptece produktów o wartości 100% sumy ubezpieczenia wskazanej w tabeli świadczeń, po odbyciu leczenia szpitalnego spowodowanego chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, objętego odpowiedzialnością Towarzystwa Ubezpieczeniowego na wypadek leczenia szpitalnego. Wykonawca przyzna Ubezpieczonemu prawo do odbioru produktów w aptece 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.
21. **Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem** – oznacza trwałe, nie rokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji (prosimy o załączenie w ofercie tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu).
22. **Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny** - określenie to w SIWZ rozumiane jest jako nagłe, gwałtowne i niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego nastąpiło zdarzenie objęte ochroną wywołane:
 - a) 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.
 - b) 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,
 - c) eksploatacją pasażerskiego statku powietrznego koncesjonowanych linii lotniczych, który zaistniał od chwili, gdy jakakolwiek 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,

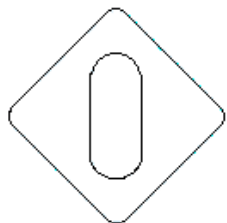


- d) ruchem statku, w którym ubezpieczony brał udział jako członek załogi bądź pasażer, a statek zatonął albo został uszkodzony lub nastąpiło zniszczenie jego konstrukcji albo statek zaginął i nie został odnaleziony, a urzędowe jego poszukiwania zostały odwołane lub statek znajduje się w miejscu, do którego dostęp nie jest możliwy
23. **Ankiety medyczne dla pracowników**- Wykonawca nie będzie żądał wypełniania ankiet medycznych lub kwestionariuszy zdrowotnych od przystępujących w dowolnym czasie do ubezpieczenia grupowego pracowników.
24. **Ankiety medyczne dla członków rodzin pracowników** - dopuszcza się zastosowanie ankiet medycznych w stosunku do uprawnionych członków rodzin pracowników nie objętych ochroną w ramach umów grupowego ubezpieczenia na życie zawartych przez Zamawiającego przed 01.10.2013 r.
25. **Ciężkie choroby ubezpieczonego** – wystąpienie u Ubezpieczonego **co najmniej** następujących chorób:
- zawał serca,
 - chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej by-pass,
 - nowotwór złośliwy,
 - łagodny guz mózgu (w tym oponiak),
 - niewydolność nerek,
 - udar mózgu,
 - oparzenia,
 - transplantacja organów,
 - przewlekłe zapalenie wątroby (**typ B - C obligatoryjnie**),
 - zakażenie wirusem HIV w następstwie transfuzji krwi lub w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych,
 - utrata wzroku na skutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku,
 - choroba Parkinsona,
- za które Wykonawca wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w tabeli świadczeń.
26. **Przewlekłe zapalenie wątroby** - oznacza wystąpienie u Ubezpieczonego potwierdzonego badaniem biopsyjnym zapalenia wątroby w następstwie zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B lub C, w którym wyznaczniki procesu zapalnego utrzymują się ponad 6 miesięcy (szczegółowe regulacje w zakresie wyznaczników medycznych procesu zapalnego zgodnie z ofertą/OWU Wykonawcy).

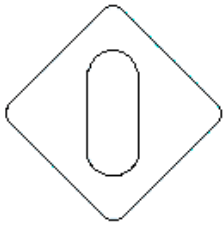
III. Zakres ubezpieczenia – tabela świadczeń

Zakres ochrony ubezpieczeniowej winien obejmować następujące zdarzenia i wysokość świadczeń:

L.P.	Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego	Wysokość wypłacanego świadczenia w PLN
1.	Zgon ubezpieczonego	40 000
2.	Zgon ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (skumulowana wartość świadczenia)	80 000
3.	Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego (skumulowana wartość świadczenia)	120 000



L.P.	Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego	Wysokość wypłacanego świadczenia w PLN
4.	Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy <i>(skumulowana wartość świadczenia)</i>	120 000
5.	Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy <i>(skumulowana wartość świadczenia)</i>	160 000
6.	Zgon ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udarem mózgu <i>(skumulowana wartość świadczenia)</i>	50 000
7.	Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – świadczenie za 1% uszczerbku	400
8.	Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udarem mózgu - świadczenie za 1% uszczerbku	400
9.	Zgon małżonka ubezpieczonego	12 000
10.	Zgon małżonka ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku <i>(skumulowana wartość świadczenia)</i>	24 000
11.	Zgon rodzica ubezpieczonego i rodzica małżonka ubezpieczonego	2 000
12.	Urodzenie się dziecka ubezpieczonemu	1 100
13.	Urodzenie martwego dziecka	2 200
14.	Zgon dziecka ubezpieczonego	3 000
15.	Osierocenie dziecka – jednorazowe świadczenie dla każdego dziecka	4 000
16.	Ciężkie choroby ubezpieczonego	5 000
17.	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	50
18.	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>	150
19.	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>	250
20.	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>	250
21.	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>	350
22.	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
23.	Świadczenie dodatkowe za pobyt w szpitalu na OIT/OIOM	500
24.	Rekonwalescencja	25
25.	Operacje chirurgiczne - <i>suma ubezpieczenia:</i>	3 000
26.	Świadczenie apteczne	200



IV. Klauzule dodatkowe

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

1. Gwarancja zapewnienia organizacji komisji lekarskiej/badania lekarskiego – OBLIGATORYJNA

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

2. Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność ubezpieczyciela za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, na OIM/OIOM poza granice RP – OBLIGATORYJNA

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

3. Gwarancja zniesienia ograniczeń wiekowych– OBLIGATORYJNA

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

4. Załączenie Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu obowiązującej w Zakładzie Ubezpieczeń w dniu składania oferty – OBLIGATORYJNA

5. Udostępnianie informacji o szkodowości co najmniej w rocznych okresach ubezpieczenia lub na wniosek Zamawiającego lub Pełnomocnika - OBLIGATORYJNA

6. Klauzula udostępnienia systemu elektronicznego obsługi polis -OBLIGATORYJNA

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

- prowadzenia ewidencji osób objętych programem ubezpieczenia,
- ewidencjonowania osób przystępujących do programu ubezpieczenia,
- ewidencjonowania osób występujących z programu ubezpieczenia,
- rozliczania składek miesięcznych.

7. Klauzula zniesienia ograniczeń czasowych warunkujących wypłatę świadczeń – 1 pkt

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.

Wyplata 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.

8. Klauzula gwarancji wypłaty pełnej kwoty odszkodowania – 1 pkt

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.

9. Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność Wykonawcy za pobyt Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym lub w szpitalu rehabilitacyjnym – 2 pkt

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, a która rozpoczęła się nie później jak 6 miesięcy po zakończeniu pobytu ubezpieczonego w szpitalu, związanego z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą.

Stawką bazową do naliczania świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym lub w szpitalu rehabilitacyjnym jest wysokość dziennego świadczenia za pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby.

10. Klauzula rozszerzenia odpowiedzialności Wykonawcy z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu – 2 pkt

Wykonawca obejmie swoją odpowiedzialnością pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany leczeniem dyskopatii, zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, chorób zwyrodnieniowych stawów, reumatoidalnego zapalenia stawów oraz chorób stawu kolanowego.

11. Klauzula funduszu prewencyjnego – 2 pkt

Ubezpieczyciel jednorazowo w ciągu trwania umowy ubezpieczenia zawartej w wyniku przetargu, stawia do dyspozycji Ubezpieczającego fundusz prewencyjny w wysokości 10 % rocznej składki (z 12 miesięcy) zapłaconej z tytułu ubezpieczeń zawartych w wyniku niniejszego przetargu. Środki z funduszu prewencyjnego mogą być wykorzystane w całości przed zakończeniem okresu ubezpieczenia na zadania związane z ochroną zdrowia i życia ludzkiego. Ubezpieczyciel przekazuje Ubezpieczającemu środki z funduszu prewencyjnego w ciągu 3 miesięcy od dnia otrzymania wniosku o przyznanie tych środków. Ubezpieczający przedstawi Ubezpieczycielowi rachunki lub kosztorys potwierdzający wydatki z tego funduszu.



12. **Gwarancja pełnego zniesienia ankiet medycznych dla współmałżonków i pełnoletnich dzieci pracowników – 1 pkt**
13. **Gwarancja pełnego zniesienia karencji dla współmałżonków i pełnoletnich dzieci pracowników – 1 pkt**
14. **Klauzula rozszerzająca definicję członka rodziny o partnera życiowego – 1 pkt**
Definicja partnera zgodnie z obowiązującymi w dniu składania oferty OWU Wykonawcy
15. **Gwarancja pełnego zniesienia karencji dla partnerów życiowych – 0.5 pkt**
16. **Gwarancja zniesienia ankiet medycznych dla partnerów życiowych – 0.5 pkt**
17. **Gwarancja rozszerzenia odpowiedzialności Wykonawcy z tytułu umowy dodatkowej na wypadek ciężkiego zachorowania Ubezpieczonego o ryzyko wystąpienia u Ubezpieczonego zawału serca wg definicji Zamawiającego – 1 pkt**
Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu ciężkiego zachorowania za 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:
 - objawy kliniczne niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej),
 - zmiany w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) typowe dla nowo powstałego niedokrwienia,
 - nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowych,
 - lub**
 - b) zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych do wartości przekraczającej trzykrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym w przypadku zabiegu **przeszkórnej interwencji wieńcowej (PCI)**,
 - lub**
 - c) zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych – w przypadku **pomostowania tętnic wieńcowych (CABG)** – do wartości przekraczającej pięciokrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym oraz pojawienie się jednego z następujących objawów:
 - nowych patologicznych załamków Q lub nowego bloku lewej odnogi pęczka Hisa,
 - udokumentowanej angiograficznie niedrożności pomostu wieńcowego lub nowej niedrożności natywnej tętnicy wieńcowej,
 - udokumentowanej badaniem obrazowym nowej martwicy mięśnia sercowego.
18. **Gwarancja rozszerzenia odpowiedzialności Wykonawcy z tytułu umowy dodatkowej na wypadek ciężkiego zachorowania Ubezpieczonego o ryzyko wystąpienia u Ubezpieczonego łagodnego nowotworu mózgu wg definicji Zamawiającego – 1 pkt**
Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za wystąpienie u ubezpieczonego łagodnego nowotworu mózgu, który oznacza wewnątrzczaszkowy zagrażający życiu, niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez neurologa lub



neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwały ubytek neurologiczny.