

SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

INFORMACJE OGÓLNE

1. Zamawiający

Zamawiający: Województwo Kujawsko – Pomorskie- Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego

Adres: Plac Teatralny 2, 87 – 100 Toruń

Telefon: 56 621 82 48

Faks: 56 621 84 55

Znak sprawy nr: WZP.272.16.2016

Adres strony internetowej www.bip.kujawsko-pomorskie.pl

2. Dane o uczestnikach przetargu

Niniejsza Umowa obejmuje Zamawiającego oraz jego Jednostki Organizacyjne określone w Załączniku nr 1, jak również istniejące **Jednostki Organizacyjne podległe Samorządowi Województwa**, które mogą przystąpić do niniejszej Umowy w trakcie jej obowiązywania oraz przejęte przez Zamawiającego w trakcie obowiązywania niniejszej Umowy. Struktura zatrudnienia stanowi Załącznik nr 9 do SIWZ.

ZADANIE 1

WARUNKI SZCZEGÓLNE

1. Przedmiotem zamówienia jest usługa grupowego ubezpieczenia na życie dla pracowników jednostek organizacyjnych Województwa Kujawsko Pomorskiego ich współmałżonków, partnerów życiowych oraz pełnoletnich dzieci, zgodnie z zakresem ubezpieczenia podanym w SIWZ.
2. Ubezpieczenie jest dobrowolne. Osoby spełniające kryterium przynależności do grupy mogą w dowolnym momencie trwania umowy przystępować do ubezpieczenia.
3. Termin realizacji zamówienia obejmuje okres 36 miesięcy.

4. Wykonawca zobowiązany jest do utrzymania wszystkich uruchomionych opcji ubezpieczenia w niezmiennym kształcie do końca okresu ubezpieczenia – niezależnie od późniejszych zmian w liczbie uczestników w poszczególnych opcjach.
5. Zgodnie z danymi o uczestnikach przetargu rozwiązanie umowy przez jedną jednostkę, nie ma wpływu na funkcjonowanie umów zawartych przez pozostałe jednostki.
6. Zamawiający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia. Wykonawca zobowiązuje się do świadczenia usługi grupowego ubezpieczenia na życie przez cały okres wypowiedzenia, a Zamawiający do przekazania należnej składki za ten okres.
7. Zamawiający wymaga, aby ubezpieczenie obejmowało pełny, zakres ubezpieczenia na całym świecie, przez całą dobę.
8. Polisy potwierdzające zawarcie umowy powinny być wystawione odrębnie dla każdej z Jednostek, jak również dla każdej z opcji ubezpieczenia.
9. Ubezpieczenie składać się będzie z siedmiu opcji o różnym zakresie ochrony i różniących się wysokością świadczeń wypłacanych z tytułu objętych ochroną zdarzeń. Każdy z uprawnionych dokonuje swobodnego wyboru jednej opcji, w ramach której chce być ubezpieczony. w zależności od wybranej opcji ubezpieczenia, pracownik wyraża zgodę na potrącanie przez Zamawiającego odpowiedniej wysokości składki z comiesięcznego wynagrodzenia.
10. W każdej z jednostek mogą obowiązywać wszystkie zaproponowane opcje ubezpieczenia. Poszczególne opcje ubezpieczenia może funkcjonować, niezależnie od partycypacji osób.
11. Oferta nie może zakładać różnic w warunkach, zakresie odpowiedzialności oraz wysokości składki ubezpieczeniowej w stosunku do przystępujących do ubezpieczenia pracowników i ich małżonków, partnerów życiowych oraz pełnoletnich dzieci pracowników.

UBEZPIECZENI

1. Prawo przystąpienia do ubezpieczenia mają pracownicy Zamawiającego, ich małżonkowie, partnerzy życiowi oraz pełnoletnie dzieci.
2. Wykonawca zobowiązuje się do przyjęcia do ubezpieczenia wszystkich pracowników Zamawiającego oraz ich małżonków, partnerów życiowych oraz pełnoletnich dzieci, do 69 roku życia (uprawnionych) na podstawie imiennych deklaracji zgody, stanowiących standardowy dokument Wykonawcy dla tej czynności. Na tej podstawie ubezpieczenie obejmuje pełną ochroną wszystkich przyjętych przez Wykonawcę do ubezpieczenia osób do ukończenia przez nich 70 roku życia.
3. Wykonawca gwarantuje przyjęcie do ubezpieczenia pracowników w wieku powyżej 70 roku życia pod warunkiem, że byli objęci ochroną w dotychczas funkcjonującym grupowym ubezpieczeniu u Zamawiającego bezpośrednio przed zawarciem umów ubezpieczenia w ramach prowadzonego postępowania nowego programu ubezpieczenia, ubezpieczenie będzie obejmowało ochroną tą grupę pracowników do ukończenia przez nich 75 roku życia.

4. Wykonawca przyjmie do ubezpieczenia osoby przebywające na zwolnieniach lekarskich, urlopach macierzyńskich, urlopach bezpłatnych. Wykonawca może uzależnić przyjęcie do ubezpieczenia tych osób od tego, czy są one ubezpieczone w dotychczas funkcjonującej umowie.
5. Małżonek, partner życiowy pracownika oraz pełnoletnie dziecko pracownika może przystąpić do tej samej opcji co ubezpieczony pracownik lub innej funkcjonującej opcji. Składka ubezpieczeniowa za członków rodziny (małżonek, partner życiowy, pełnoletnie dziecko) opłacana będzie z wynagrodzenia pracowników.
6. Ubezpieczony posiada możliwość dokonania zmiany opcji ubezpieczenia na inną funkcjonującą opcję w ramach umowy w każdą rocznicę polisy bez zastosowania jakiejkolwiek karencji. Zmiana opcji w innym terminie będzie zobowiązywała do zastosowania karencji do różnicy sum ubezpieczenia. Ubezpieczony może dokonać zmiany polegającej na podwyższeniu sumy ubezpieczenia i składki jak i również może obniżyć sumę ubezpieczenia i składkę.
7. Ubezpieczony ma prawo w każdym momencie trwania umowy ubezpieczenia grupowego zrezygnować z ubezpieczenia składając ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji.

KARENCA

1. Zamawiający wymaga braku karencji dla osób obecnie ubezpieczonych oraz nowo zgłoszonych, jeżeli przystąpiły one do ubezpieczenia poprzez złożenie deklaracji uczestnictwa przed upływem 3-ch miesięcy liczonych od daty:
 - 1) rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia,
 - 2) nawiązania stosunku prawnego, jeżeli stosunek prawny ubezpieczanego z ubezpieczonym powstał po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej,
 - 3) zawarcia związku małżeńskiego,
 - 4) ukończenia 18-go roku życia (dotyczy dziecka pracownika),
 - 5) powrotu z urlopu macierzyńskiego/tacierzyńskiego.
2. Dla osób, które przystąpią do ubezpieczenia po upływie trzech miesięcy od daty wprowadzenia ubezpieczenia lub po upływie trzech miesięcy od daty uzyskania uprawnienia przystąpienia do ubezpieczenia, mogą obowiązywać okresy karencji zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia Wykonawcy.
3. Zamawiający nie dopuszcza żądania przez Wykonawcę, wypełniania ankiet i kwestionariuszy medycznych, ani żadnych innych form oceny stanu zdrowia pracowników i członków ich rodzin przystępujących do ubezpieczenia przez cały okres umowy ubezpieczenia.
4. Dla ryzyk związanych z następstwami nieszczęśliwych wypadków obowiązuje pełne zniesienie karencji.

5. Klauzula ryzyka istniejącego (Pre existing). Wykonawca obejmuje ochroną ubezpieczeniową skutki stanów chorobowych oraz wypadków, które zostały stwierdzone lub zaszły przed początkiem odpowiedzialności Wykonawcy, powodujących nabycie przez ubezpieczonego prawa do świadczenia w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Zapisy te mają zastosowanie w odniesieniu do pełnego zakresu ochrony ubezpieczeniowej, u wszystkich ubezpieczonych, którzy przystąpili do ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od daty początkowej umowy ubezpieczenia lub w ciągu 3 miesięcy od daty zatrudnienia oraz zostały objęte ochroną ubezpieczeniową z zasadą ciągłości opłaty składki.

SKŁADKA

1. Pracownik przystępując do ubezpieczenia wyrazi zgodę na comiesięczne potrącenie przez Zamawiającego składki na ubezpieczenie z jego wynagrodzenia.
2. Składka ubezpieczeniowa za członków rodziny (małżonek, partner życiowy, dziecko) opłacana będzie z wynagrodzenia pracownika.
3. Składka na ubezpieczenie płatna będzie przez okres realizacji zamówienia w okresach miesięcznych.
4. Jednostkowe składki miesięczne dla każdej opcji ubezpieczenia, a tym samym cena oferty, są wiążące przez cały okres realizacji zamówienia i nie podlegają waloryzacji.
5. Wysokość opłaconej składki będzie w każdym miesiącu iloczynem zaproponowanej składki za ubezpieczenie jednej osoby oraz liczby osób ubezpieczonych.
6. Pierwsza i kolejna składka płatna jest nie później niż do 15 dnia miesiąca kalendarzowego, za który jest należna ochrona. Jeżeli termin płatności przypada na dzień wolny od pracy, należność wymagana jest dnia kolejnego.
7. Za datę płatności składki uważa się datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.
8. Nieopłacenie przez Zamawiającego składki w całości lub części przewidzianym w terminie nie powoduje ustania odpowiedzialności Wykonawcy ani zawieszenia udzielanej ochrony ubezpieczeniowej pod warunkiem, że składka za ubezpieczenie grupowe zostanie przekazana do końca miesiąca za który jest należna.

W przypadku braku składki do końca miesiąca, odpowiedzialności na polisie zostaje zawieszona, a Wykonawca takim przypadku:

- 1) Informuje Zamawiającego o zaistniałej sytuacji w sposób bezpośredniego kontaktu telefonicznego i mailowego.
- 2) wzywa Zamawiającego do uzupełnienia zaległości wskazując co najmniej 14-dniowy dodatkowy termin zapłaty składki.

Powyższy zapis nie dotyczy pierwszej składki, której wpłata w terminie niezbędna jest do prawidłowego nadania początku odpowiedzialności.

REALIZACJA UMOWY

1. Wykonawca zapewni dostępne za pośrednictwem Internetu środowisko informatyczne do obsługi ubezpieczenia umożliwiające:
 - 1) ewidencjonowanie osób przystępujących do ubezpieczenia,
 - 2) ewidencjonowanie osób występujących z ubezpieczenia,
 - 3) ewidencjonowanie zmian danych osobowych osób objętych ubezpieczeniem,
 - 4) generowanie indywidualnych potwierdzeń uczestnictwa w ubezpieczeniu,
 - 5) generowanie wniosku o wypłatę świadczeń umożliwiające jego późniejsze wydrukowanie,
 - 6) generowanie wniosku o przejście na indywidualną kontynuację umożliwiające jego późniejsze wydrukowanie,
 - 7) możliwość zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego za pośrednictwem systemu,
 - 8) rozliczanie miesięcznych składek.
2. Zamawiający wymaga zapewnienia punktu obsługi likwidacji szkód na terenie: miast, w których siedzibę mają jednostki organizacyjne Urzędu Marszałkowskiego (Toruń, Bydgoszcz, Włocławek, Inowrocław).
3. Zamawiający wymaga zapewnienia możliwości likwidacji zgłoszonej szkody poprzez przesłanie formularza likwidacji szkód w formie elektronicznej, faxem lub pocztą pod adres wskazany przez Wykonawcę lub osobiste dostarczenie kompletnej dokumentacji przez osobę wyznaczoną przez Zamawiającego do obsługi grupowego ubezpieczenia na życie.
4. Zamawiający wymaga zapewnienia likwidacji szkód i wypłaty świadczeń niezwłocznie po otrzymaniu kompletnej dokumentacji, nie później jednak niż w terminie określonym ustawowo.
5. Zamawiający wymaga wypłaty świadczeń należnych ubezpieczonemu w formie gotówki lub przelewu na wskazane przez ubezpieczonego konto bankowe.
6. Zamawiający nie dopuszcza wykonywania jakiegokolwiek części zamówienia przez podwykonawców.
7. Zamawiający nie przewiduje udzielania zaliczek na poczet wykonania zamówienia.
8. Zamawiający będzie wykonywał obowiązki Ubezpieczającego wynikające z umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z wybranym Wykonawcą, w ramach czego Zamawiający poprzez wyznaczonych przez siebie imiennie pracowników do obsługi tej umowy będzie wykonywał w szczególności następujące czynności:
 - 1) rzetelnie informował pracowników o możliwości przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie,
 - 2) udostępniał na żądanie osób uprawnionych do przystąpienia do programu deklaracje grupowego ubezpieczenia na życie,
 - 3) zbierał od pracowników wypełnione i podpisane deklaracje przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie,
 - 4) sporządzał wykaz osób po raz pierwszy przystępujących do grupowego ubezpieczenia na życie,
 - 5) sporządzał wykaz osób, za które ubezpieczający zaprzestał przekazywania składek w danym miesiącu,

- 6) udzielał zainteresowanym pracownikom informacji o procedurze realizacji świadczeń z umowy grupowego ubezpieczenia na życie, a także o wymaganych w tym celu dokumentach,
- 7) przekazywał składki miesięczne za ubezpieczonych za dany miesiąc, w którym świadczona będzie ochrona ubezpieczeniowa, na wskazane konto bankowe Wykonawcy, w terminie przewidzianym w SIWZ.
- 8) Wykonawca zobowiązuje się do pokrycia kosztów administracyjnych zgodnie z Rozdziałem XI pkt. 7 SIWZ
- 9) Wykonawca zobowiązuje się do podpisania umów zlecenia ze wskazanymi przez Zamawiającego osobami do wykonywania czynności administracyjnych.

DEFINICJE

Definicje wymienione poniżej mają pierwszeństwo przed zapisami ogólnych warunków ubezpieczenia Wykonawcy.

1. **Ubezpieczony:** - osoba fizyczna, pracownik Zamawiającego, jego współmałżonek, partner życiowy lub pełnoletnie dziecko (uprawnieni), którzy są objęci ochroną ubezpieczeniową.
2. **Ubezpieczający:** - Jednostki Organizacyjne, które zawierają Umowę dobrowolnego, grupowego ubezpieczenia na życie w imieniu ubezpieczonych pracowników, ich współmałżonków, partnerów życiowych oraz pełnoletnich dzieci.
3. **Deklaracja przystąpienia** - pisemne oświadczenie woli pracownika jednostki organizacyjnej Zamawiającego, współmałżonka, partnera życiowego i dzieci pełnoletnich o przystąpieniu do wybranej przez siebie opcji ubezpieczenia. Deklaracja przystąpienia zawiera podstawowe dane osoby deklarującej chęć przystąpienia do ubezpieczenia, ze wskazaniem uposażonych (gdy taka jest wola składających deklarację), bez wymogu wypełnienia szczegółowej deklaracji o przebytych chorobach i innych danych o charakterze medycznym oraz zgodę pracownika na potrącanie z wynagrodzenia należnej Ubezpieczycielowi składki. Pracownik Ubezpieczającego współmałżonek, partner życiowy i dzieci pełnoletnie mają swobodę przy wyborze Opcji ubezpieczenia. Pracownik ma prawo złożyć deklarację przystąpienia do wybranej przez siebie opcji ubezpieczenia, w każdym czasie trwania umowy, pod warunkiem jednak, że w chwili przystąpienia ma nie mniej niż 18 lat i nie więcej niż 69 lat. Początek odpowiedzialności wykonawcy następuje pierwszego dnia następnego miesiąca po miesiącu, w którym pracownik, współmałżonek, partner życiowy lub dzieci pełnoletnie złożyli deklarację.
4. **Deklaracja zmian** - informacja ubezpieczonego o zmianie danych podanych wykonawcy w deklaracji przystąpienia. Pracownik Ubezpieczającego, współmałżonek, partner życiowy, dzieci pełnoletnie mają prawo zmiany zakresu ubezpieczenia (zmiany opcji ubezpieczenia), w każdą rocznicę zawarcia umowy generalnej.
5. **Pracownik jednostki organizacyjnej** - osoba fizyczna zatrudniona w jednostce organizacyjnej Województwa Kujawsko-Pomorskiego na podstawie umów o pracę, aktu powołania, mianowania, w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu pracy oraz umów cywilnoprawnych.

6. **Współmałżonek** – osoba pozostająca z ubezpieczonym pracownikiem w związku małżeńskim w stosunku do którego nie została na dzień zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową orzeczona separacja.
7. **Partner życiowy** - wskazana imiennie w pisemnej deklaracji przystąpienia ubezpieczonego osoba (tej samej bądź przeciwnej płci) stanu wolnego, nie będąca w związku małżeńskim, niespokrewniona z ubezpieczonym, prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe. Jedynym potwierdzeniem przez ubezpieczonego faktu bycia w związku partnerskim jest wskazanie partnera życiowego w deklaracji przystąpienia. Wykonawca nie może żądać żadnych dodatkowych potwierdzeń bycia w związku partnerskim. Warunkiem zgłoszenia partnera jest stan wolny ubezpieczonego; zgłoszenie bądź zmiana partnera wymaga formy pisemnej i możliwa jest jedynie w dacie przystąpienia do ubezpieczenia lub w rocznicę polisy; ochroną ubezpieczeniową jako partner może być objęta wyłącznie jedna osoba. Partner życiowy nabiera takich samych prawa jak Współmałżonek.
8. **Dziecko**: pod pojęciem dziecko należy rozumieć dziecko własne lub przysposobione, a także pasierbów ubezpieczonego (jeżeli nie żyje ojciec lub matka).
9. **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.
10. **Teść** – matka lub ojciec współmałżonka ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a także macocha lub ojczym, o ile nie żyje odpowiednio matka lub ojciec współmałżonka ubezpieczonego.
11. **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, gwałtowne, zewnętrzne i niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego zdarzenie, wywołane przyczyną zewnętrzną, będące bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego ochroną Wykonawcy.
12. **Wypadek komunikacyjny** – wypadkiem komunikacyjnym jest wypadek:
 - 1) wywołany 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; pojazdem jest również tramwaj,
 - 2) wywołany ruchem pojazdu kolejowego ciągniętego przez pojazd trakcyjny, w którym ubezpieczony brał udział jako pasażer albo członek załogi tego pojazdu, z tym że:
 - 3) pojazd kolejowy oznacza pojazd dostosowany do poruszania się na własnych kołach po torach kolejowych,
 - 4) pojazd trakcyjny oznacza pojazd kolejowy z napędem własnym, w tym metro, wypadkiem komunikacyjnym, w rozumieniu pkt. 2) nie są wypadki dotyczące kolejowego transportu wewnątrzzakładowego oraz transportu linowego i linowo terenowego,
 - 5) wywołany 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,
 - 6) wywołany 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.

13. **Krwotok śródmózgowy** - każde wynaczynienie krwi w obrębie mózgu.

14. **Zawał serca**– ostry zespół wieńcowy (OZW)

Wśród OZW rozróżniamy:

a) OZW bez uniesienia odcinka ST

- dusznica bolesna niestabilna - objawy kliniczne niestabilności wieńcowej (m.in. ból w klatce piersiowej, duszność) z towarzyszącymi lub nie zmianami w EKG o charakterze niedokrwiennym innymi niż uniesienie odcinka ST bez zmian stężenia biomarkerów sercowych wymagające w przypadku braku bezwzględnych przeciwwskazań postępowania inwazyjnego (koronarografia i angioplastyka balonowa lub pomostowanie aortalno-wieńcowe)

- zawał mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST – objawy kliniczne niestabilności wieńcowej (m.in. ból w klatce piersiowej, duszność) z towarzyszącymi zmianami w EKG o charakterze niedokrwiennym innymi niż uniesienie odcinka ST oraz wzrostem lub spadkiem podwyższonego stężenia biomarkerów sercowych, z zastrzeżeniem, że przynajmniej w jednym pomiarze to stężenie musi przekraczać górną granicę normy.

b) zawał mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST – objawy kliniczne niestabilności wieńcowej (m.in. ból w klatce piersiowej, duszność) z towarzyszącymi zmianami w EKG o charakterze przetrwałych uniesień odcinka ST lub świeżego bloku lewej odnogi pęczka Hisa oraz wzrostem lub spadkiem podwyższonego stężenia biomarkerów sercowych, z zastrzeżeniem, że przynajmniej w jednym pomiarze to stężenie musi przekraczać górną granicę normy.

c) OZW związany z procedurami kardiologicznymi

- zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych do wartości przekraczającej trzykrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym w przypadku zabiegu przezskórnej interwencji wieńcowej (PCI), lub

- zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych – w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych (CABG) – do wartości przekraczającej pięciokrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym

Dotyczy ryzyk: Zgon spowodowanego zawałem serca, trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca, poważnie zachorowanie ubezpieczonego, poważne zachorowanie małżonka oraz leczenie szpitalne spowodowane zawałem serca.

15. **Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa (ŻChZZ)**– zespół chorobowy charakteryzujący się występowaniem zakrzepicy żył głębokich i/lub zatorowości płucnej.

a) Zakrzepica żył głębokich - to powstanie zakrzepu w układzie żył głębokich (pod powięzią głęboką) kończyn dolnych, rzadziej górnych charakteryzujące się m.in. bólem kończyny i obrzękiem potwierdzone na podstawie ultrasonograficznego testu uciskowego (CUS) lub innego badania obrazowego charakterystycznego dla układu żylnego (np. USG doppler, angiotomografia komputerowa, angiogramografia rezonansu magnetycznego, flebografia)

b) zatorowość płucna – zagrażająca życiu postać ŻChZZ polegająca na zamknięciu lub zwężeniu tętnicy płucnej lub części jej rozgałęzień przez materiał zatorowy, którym mogą być: skrzepliny (najczęściej; zwykle z żył głębokich), sporadycznie płyn owodniowy, powietrze (przy wprowadzaniu cewnika do żyły centralnej lub przy jego usuwaniu), tkanka tłuszczowa (po złamaniu kości długiej), masy nowotworowe (np. rak nerki lub żołądka), ciała obce (np. materiał do embolizacji) potwierdzone w badaniu angiotomograficznym (angio-TK tętnic płucnych) lub innym adekwatnym badaniem obrazowym (np. angiotomografia rezonansu magnetycznego, scyntygrafia perfuzyjna płuc, arteriografia płuc).

16. **Niedokrwienie kończyn dolnych** – zespół objawów klinicznych związanych ze znacznym pogorszeniem ukrwienia kończyny dolnej definiowane jako:

a) Ostre niedokrwienie kończyny dolnej - jakiegokolwiek nagłe pogorszenie ukrwienia kończyny, grożące jej utratą w przypadku nie podjęcia leczenia chirurgicznego/wewnątrznaczyniowego lub trombolitycznego. Może być spowodowane: zatorem, zakrzepicą pierwotną, zakrzepicą w pomoście lub naczyniu rewaskularyzowanym, urazem lub rozwarstwieniem tętnicy, zespołem usidlenia, stanami nadkrzepliwości.

b) krytyczne niedokrwienie kończyny dolnej – postać przewlekłego niedokrwienia kończyn z występującym spoczynkowym bólem kończyny lub martwicą bądź owrzodzeniem. Rozpoznane na podstawie objawów klinicznych oraz potwierdzone obniżoną wartością wskaźnika kostkaramię i/lub badaniem obrazowym (USG doppler, angiografia, angiotomografia komputerowa, angiotomografia rezonansu magnetycznego).

17. **Nowotwór złośliwy – Dotyczy ryzyk Poważne zachorowanie Ubezpieczonego oraz Poważne zachorowanie Małżonka.**

Nowotwór złośliwy oznaczający:

a) chorobę objawiającą się obecnością złośliwego guza (tzn. takiego, który nie jest otoczony torebką i charakteryzuje się zdolnością do naciekania tkanek i do tworzenia odległych przerzutów).

b) białaczki oraz złośliwe schorzenia układu limfatycznego, takie jak ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina) i chłoniaki nieziarnicze. Rozpoznanie nowotworu złośliwego powinno być zweryfikowane badaniem histopatologicznym.

c) rozsiana choroba nowotworowa - charakteryzująca się licznymi zmianami przerzutowymi przy braku potwierdzenia histopatologicznego gdy stan chorego nie pozwala na pobranie materiału do badania histopatologicznego i brak jest możliwości leczenia przyczynowego a obraz kliniczny i badań obrazowych jest jednoznaczny co do złośliwości procesu nowotworowego.

Z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone:

a) wszystkie stany hiperkeratozy (nadmiernego rogowacenia),

b) wszystkie guzy, gdzie po badaniu histopatologicznym stwierdzono stan przednowotworowy,

18. **Nowotwór - Dotyczy ryzyka Poważne zachorowanie Dziecka**

Nowotwór:

a) chorobę objawiającą się obecnością złośliwego guza (tzn. takiego, który nie jest otoczony torebką i charakteryzuje się zdolnością do naciekania tkanek i do tworzenia odległych przerzutów) lub

b) białaczki oraz złośliwe schorzenia układu limfatycznego, takie jak ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina) i chłoniaki nieziarnicze potwierdzonej przez patomorfologa na podstawie wyniku badania histopatologicznego.

c) rozsziana choroba nowotworowa - charakteryzująca się licznymi zmianami przerzutowymi przy braku potwierdzenia histopatologicznego gdy stan chorego nie pozwala na pobranie materiału do badania histopatologicznego i brak jest możliwości leczenia przyczynowego a obraz kliniczny i badań obrazowych jest jednoznaczny co do złośliwości procesu nowotworowego.

Z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone:

- 1) zmiany opisywane w badaniu histopatologicznym jako stany przednowotworowe,
- 2) wszystkie stany hiperkeratozy (nadmiernego rogowacenia).

19. **Szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego. Za szpital nie uważa się:

- 1) placówek lecznictwa odwykowego,
- 2) hospicjów,
- 3) placówek dla przewlekle chorych,
- 4) zakładów opiekuńczo-leczniczych,
- 5) zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych,
- 6) zakładów lecznictwa uzdrowiskowego w tym sanatoriów, prewentoriów, szpitali uzdrowiskowych, sanatoryjnych oraz rehabilitacyjno-uzdrowiskowych,
- 7) ośrodków rehabilitacyjnych,
- 8) szpitali rehabilitacyjnych,
- 9) oddziałów rehabilitacyjnych,
- 10) oddziałów dziennych.

20. **OIOM/OIT** - specjalistyczny oddział szpitalny przeznaczony dla chorych wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru. Za pobyt na OIOM/OIT świadczenie dla ubezpieczonego jest wypłacane, gdy trwał on co najmniej 48 godzin.

ŚWIADCZENIA PODSTAWOWE I OBLIGATORYJNE

1. Zakres Ubezpieczenia

Świadczenia obligatoryjne		PROPOZYCJE						
Opcja Ubezpieczenia		OPCJA I	OPCJA II	OPCJA III	OPCJA IV	OPCJA V	OPCJA VI	OPCJA VII
RODZAJ ŚWIADCZENIA		Wysokość świadczeń w PLN						
O P C H R O N I E N T N Y	Śmierć Ubezpieczonego spowodowana							
	nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym przy pracy	160 000	200 000	240 000	280 000	320 000	340 000	500 000
	nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy	120 000	150 000	180 000	210 000	240 000	255 000	400 000
	nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym	120 000	150 000	180 000	210 000	240 000	255 000	400 000
	nieszczęśliwym wypadkiem	80 000	100 000	120 000	140 000	160 000	170 000	300 000
	zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym	60 000	75 000	90 000	105 000	120 000	127 500	150 000
	przyczyną naturalną	40 000	50 000	60 000	70 000	80 000	90 000	100 000
	Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem za 1% TU	400	500	600	700	800	900	1 000
	Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym – za 1% TU	300	400	500	600	700	800	900
Trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji	20 000	22 500	25 000	27 500	35 000	40 000	50 000	
S P O A C K J I A L E N Y	Śmierć małżonka wskutek NW komunikacyjnego	30 000	36 000	42 000	48 000	54 000	BRAK	BRAK
	Śmierć małżonka wskutek NW	20 000	24 000	28 000	32 000	36 000	BRAK	BRAK
	Śmierć małżonka	10 000	12 000	14 000	16 000	18 000	BRAK	BRAK
	Śmierć Dziecka	2 000	2 750	3 500	4 250	5 000	BRAK	BRAK
	Śmierć rodzica lub teścia	1 600	2 000	2 500	3 000	3 500	BRAK	BRAK
	Urodzenie się dziecka	1 300	1 600	1 900	2 200	2 500	BRAK	BRAK
	Urodzenie martwego Dziecka	2 600	3 200	3 800	4 400	5 000	BRAK	BRAK
	Osierocenie dziecka	5 000	5 500	6 000	6 500	7 000	BRAK	BRAK
P A K I E T M E D Y C Z N Y	Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	4 000	5 000	6 000	7 000	8 000	9 000	12 000
	Poważne zachorowanie małżonka	BRAK	BRAK	4 000	5 000	6 000	BRAK	BRAK
	Poważne zachorowanie dziecka	BRAK	BRAK	2 000	3 000	4 000	BRAK	BRAK
	Leczenie specjalistyczne	BRAK	3 000	4 000	5 000	6 000	7 000	10 000
	Operacje chirurgiczne	BRAK	1 500	1 750	2 000	2 500	3 000	4 000
	Pobyt w szpitalu (wysokość świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu)							
	Spowodowany chorobą	40	45	50	60	70	85	100
	Spowodowany zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym	60	70	80	90	100	115	130
	Spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	80	90	100	120	140	170	200
	Spowodowany NW przy pracy	120	135	150	180	210	255	300
	Spowodowany wypadkiem komunikacyjnym	120	135	150	180	210	255	300
	Spowodowany wypadkiem komunikacyjnym przy pracy	160	180	200	240	280	340	400
	Pobyt na OIOM	400	500	500	600	700	850	1000
Rekonwalescencja	20	20	25	30	35	40	40	

Zamieszczone w tabeli wysokości świadczeń są wartościami wymaganymi przez Zamawiającego.

W tabeli podano skumulowane wartości świadczeń, tj. stanowią całkowitą wartość świadczenia wypłacanego w przypadku zajścia danego zdarzenia.

- Śmierć naturalna Ubezpieczonego** – zgon ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
- Śmierć Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub krwotoku śródmózgowego** – śmierć Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub krwotoku śródmózgowego, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Wykonawcy, Śmierć Ubezpieczonego musi nastąpić jako bezpośredni rezultat wystąpienia zawału serca lub krwotoku śródmózgowego. Wykonawca nie może uzależnić wypłaty świadczenia od okresu czasu, jaki upłynął pomiędzy zawałem serca lub

krwotokiem śródmózgowym a śmiercią ubezpieczonego, o ile obydwie wystąpiły w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.

4. **Śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – śmierć Ubezpieczonego będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Wykonawca nie może uzależnić wypłaty świadczenia od okresu czasu, jaki upłynął pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią ubezpieczonego, o ile obydwie wystąpiły w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
5. **Śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego** - śmierć Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy, spowodowaną wypadkiem komunikacyjnym. Wykonawca nie może uzależnić wypłaty świadczenia od okresu czasu, jaki upłynął pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią ubezpieczonego, o ile obydwie wystąpiły w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
6. **Śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku przy pracy** - śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie odpowiedzialności Wykonawcy w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego czynności lub poleceń przełożonych w ramach łączącego ubezpieczonego z Zamawiającym stosunku pracy lub cywilnoprawnego, w ramach którego ubezpieczający opłaca składki na ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych. Wypadkiem przy pracy będzie także wypadek zaistniały w czasie pozostawania pracownika w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy. Na równi z wypadkiem przy pracy, traktuje się wypadek, któremu pracownik uległ w czasie podróży służbowej/ delegacji i przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające u pracodawcy organizacje związkowe. W odniesieniu do małżonków, partnerów życiowych i pełnoletnich dzieci pracowników, nie ma wymogu bycia zatrudnionym u Zamawiającego (osoby te muszą udowodnić zatrudnienie u innego pracodawcy lub udokumentować prowadzenie własnej działalności gospodarczej). Wykonawca nie może uzależnić wypłaty świadczenia od okresu czasu, jaki upłynął pomiędzy wypadkiem przy pracy a śmiercią ubezpieczonego, o ile obydwie wystąpiły w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
7. **Śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy** - śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, który nastąpił w okresie odpowiedzialności Wykonawcy w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego czynności lub poleceń przełożonych w ramach łączącego ubezpieczonego z Zamawiającym stosunku pracy lub cywilnoprawnego, w ramach którego ubezpieczający opłaca składki na ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych. Wypadkiem komunikacyjnym przy pracy będzie także wypadek zaistniały w czasie pozostawania pracownika w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy. Na równi z wypadkiem komunikacyjnym przy pracy, traktuje się wypadek, któremu pracownik uległ w czasie podróży służbowej/ delegacji i przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające u pracodawcy organizacje związkowe. W odniesieniu do małżonków, partnerów życiowych i pełnoletnich dzieci pracowników, nie ma wymogu bycia zatrudnionym u Zamawiającego (osoby te muszą udowodnić zatrudnienie u innego pracodawcy lub udokumentować prowadzenie własnej działalności gospodarczej). Wykonawca nie może uzależnić wypłaty świadczenia od okresu czasu, jaki upłynął pomiędzy wypadkiem przy pracy a śmiercią ubezpieczonego, o ile obydwie wystąpiły w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.

8. **Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – trwałe, nie rokujące poprawy uszkodzenie ciała, danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji, powstałe w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
9. **Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku zawału serca lub krwotoku śródmózgowego** – trwałe, nie rokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji, powstałe w wyniku zawału serca, krwotoku śródmózgowego zaistniałego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Świadczenie zostanie wypłacone niezależnie od tego czy przyczyny zawału serca, krwotoku śródmózgowego były zdiagnozowane lub leczone przed objęciem ubezpieczonego ochroną z tego tytułu.
10. **Trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji** - trwałą i całkowitą niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej w dowolnym zawodzie oraz do samodzielnej egzystencji, będącą rezultatem nieszczęśliwego wypadku lub choroby powstałych w okresie odpowiedzialności Wykonawcy; trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji oznacza, że zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania przez ubezpieczonego zdolności do pracy.
11. **Śmierć współmałżonka/partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku** - śmierć małżonka/partnera ubezpieczonego spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
12. **Śmierć współmałżonka/partnera** - śmierć małżonka/partnera ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
13. **Śmierć dziecka** - śmierć dziecka ubezpieczonego lub uznanie za zmarłego (zgodnie z zapisami Kodeksu Cywilnego) w okresie odpowiedzialności Wykonawcy, bez względu na wiek dziecka. Dotyczy każdego dziecka ubezpieczonego, bez konieczności wykazywania całkowitej niezdolności do pracy dziecka, o którym mowa.
14. **Śmierć rodziców ubezpieczonego lub teściów ubezpieczonego** - śmierć w okresie odpowiedzialności Wykonawcy :- każdego z rodziców Ubezpieczonego albo ojczyma lub macochy (jeśli nie żyje matka lub ojciec) każdego z rodziców małżonka/partnera Ubezpieczonego albo ojczyma lub macochy (jeśli nie żyje matka lub ojciec małżonka/partnera Ubezpieczonego)
15. **Urodzenie dziecka** – urodzenie się żywego dziecka lub przysposobienie, potwierdzone wystawionym przez Urząd Stanu Cywilnego aktem urodzenia, w którym ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic tego dziecka w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
16. **Urodzenie dziecka martwego** – urodzenie się martwego dziecka, potwierdzone wystawionym przez Urząd Stanu Cywilnego aktem urodzenia z adnotacją, że dziecko urodziło się martwe, w którym ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic tego dziecka.
17. **Osierocenie dziecka** - osierocenie dziecka, własnego lub przysposobionego, na skutek śmierci ubezpieczonego podczas trwania umowy. Wypłata pełnej kwoty świadczenia przysługuje każdemu uprawnionemu dziecku ubezpieczonego, od urodzenia do 25 roku życia lub bez względu na wiek w razie całkowitej niezdolności dziecka do pracy. Niezdolność do pracy powinna zostać stwierdzona przez odpowiedni organ rentowy.

18. **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego** - obejmuje wystąpienie (zdiagnozowanie) u ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy, poważnego zachorowania. Poważne zachorowanie – to stan chorobowy objęty odpowiedzialnością Wykonawcy. W ofercie Wykonawca powinien przedstawić katalog oraz pełne definicje stanów chorobowych lub specjalistycznych zabiegów leczniczych objętych ochroną ubezpieczeniową. Katalog jednostek chorobowych powinien być zgodny z funkcjonującymi u Wykonawcy w dniu składania oferty OWU. W przypadku stosowania w OWU innych nazw wymienionych w SIWZ stanów chorobowych, oferta powinna zawierać aneks zmieniający nazwy na zgodne z SIWZ. Wykonawca ponosi odpowiedzialność wobec ubezpieczonego za każdorazowe wystąpienie poważnego zachorowania objętego przedstawionym w ofercie katalogiem, chyba że pomiędzy dwiema (lub więcej) jednostkami chorobowymi zachodzi związek przyczynowo skutkowy – w takim przypadku Wykonawca płaci tylko za jedno poważne zachorowanie. W okresie odpowiedzialności Wykonawcy świadczenie z tytułu wystąpienia tego samego poważnego zachorowania może być wypłacone ubezpieczonemu tylko raz.

Minimalny zakres chorób objętych ochroną (zakres obligatoryjny dla ważności oferty):

- 1) Anemia aplastyczna,
- 2) Bąblowiec mózgu,
- 3) Borelioza,
- 4) Chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych by-pass,
- 5) Choroba Alzheimera,
- 6) Choroba Creutzfelda- Jakoba,
- 7) Choroba Huntingtona,
- 8) Choroba Leśniowskiego - Crohna,
- 9) Choroba Parkinsona,
- 10) Gruźlica,
- 11) Guz mózgu,
- 12) Masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie,
- 13) Niewydolność nerek,
- 14) Nowotwory złośliwe,
- 15) Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu,
- 16) Oparzenia,
- 17) Operacja aorty,
- 18) Operacja zastawek serca,
- 19) Oponiak,
- 20) Porażenia (paraplegia i teraplegia),
- 21) Ropień mózgu,
- 22) Schyłkowa niewydolność wątroby,
- 23) Sepsa,
- 24) Stwardnienie rozsiane,
- 25) Śpiączka,
- 26) Tężec,
- 27) Transplantacja organów,
- 28) Udar,
- 29) Utrata kończyny wskutek choroby,
- 30) Utrata mowy,
- 31) Utrata słuchu,
- 32) Utrata wzroku,
- 33) Wścieklizna,

- 34) Zakażenie HIV jako powikłanie transfuzji krwi,
- 35) Zakażenie HIV wskutek pełnienia obowiązków służbowych,
- 36) Zawał serca,
- 37) Zgorzel gazowa,
- 38) Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa (ŻChZZ)
- 39) Niedokrwienie kończyn dolnych.

19. **Poważne zachorowanie Małżonka** -obejmuje wystąpienie (zdiagnozowanie) u małżonka ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy, poważnego zachorowania. Poważne zachorowanie – to stan chorobowy objęty odpowiedzialnością Wykonawcy. W ofercie Wykonawca powinien przedstawić katalog oraz pełne definicje stanów chorobowych lub specjalistycznych zabiegów leczniczych objętych ochroną ubezpieczeniową. Katalog jednostek chorobowych powinien być zgodny z funkcjonującymi u Wykonawcy w dniu składania oferty OWU. W przypadku stosowania w OWU innych nazw wymienionych w SIWZ stanów chorobowych, oferta powinna zawierać aneks zmieniający nazwy na zgodne z SIWZ. Wykonawca ponosi odpowiedzialność wobec ubezpieczonego za każdorazowe wystąpienie poważnego zachorowania u małżonka objętego przedstawionym w ofercie katalogiem, chyba że pomiędzy dwiema (lub więcej) jednostkami chorobowymi zachodzi związek przyczynowo skutkowy – w takim przypadku Wykonawca płaci tylko za jedno poważne zachorowanie. W okresie odpowiedzialności Wykonawcy świadczenie z tytułu wystąpienia tego samego poważnego zachorowania może być wypłacone ubezpieczonemu tylko raz.

Minimalny zakres chorób objętych ochroną (zakres obligatoryjny dla ważności oferty):

- 1) Anemia aplastyczna,
- 2) Bąblowiec mózgu,
- 3) Chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych by-pass,
- 4) Choroba Creutzfelda- Jakoba,
- 5) Masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie,
- 6) Niewydolność nerek,
- 7) Nowotwory złośliwe,
- 8) Ropień mózgu,
- 9) Sepsa,
- 10) Tężec,
- 11) Udar,
- 12) Zakażenie HIV wskutek pełnienia obowiązków służbowych,
- 13) Zakażenie HIV jako powikłanie transfuzji krwi,
- 14) Zawał serca,
- 15) Zgorzel gazowa,
- 16) Utrata wzroku,
- 17) Oponiak,
- 18) Oparzenia,
- 19) Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu,
- 20) Transplantacja organów,
- 21) Choroba Parkinsona,
- 22) Stwardnienie rozsiane,
- 23) Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa (ŻChZZ)
- 24) Niedokrwienie kończyn dolnych.

20. **Poważne zachorowanie dziecka** – za wystąpienie poważnego zachorowania uznaje się ujawnienie lub zdiagnozowanie w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej wymienionych poniżej jednostek chorobowych W ofercie Wykonawca powinien przedstawić katalog oraz pełne definicje stanów chorobowych lub specjalistycznych zabiegów leczniczych objętych ochroną ubezpieczeniową. Katalog jednostek chorobowych powinien być zgodny z funkcjonującymi u Wykonawcy w dniu składania oferty OWU. W przypadku stosowania w OWU innych nazw wymienionych w SIWZ stanów chorobowych, oferta powinna zawierać aneks zmieniający nazwy na zgodne z SIWZ. Wykonawca wypłaci świadczenie z tytułu wystąpienia każdego z poważnych zachorowań u jednego Dziecka Ubezpieczonego jeden raz, tzn. tylko przy jego pierwszym wystąpieniu.

Minimalny zakres chorób objętych ochroną (zakres obligatoryjny dla ważności oferty):

- 1) Nowotwór,
 - 2) Niewydolność nerek,
 - 3) Całkowita utrata wzroku,
 - 4) Śpiączka,
 - 5) Oparzenia,
 - 6) Utrata mowy,
 - 7) Utrata słuchu,
 - 8) Utrata kończyn,
 - 9) Dziecięce porażenie mózgowie,
 - 10) Dystrofia mięśniowa,
 - 11) Zespół Down'a,
 - 12) Mukowiscydoza,
 - 13) Pneumokokowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
 - 14) Przeszczep narządów,
 - 15) Operacja zastawek.
21. **Leczenie specjalistyczne** – świadczenie wypłacone ubezpieczonemu w określonej kwocie (zgodnie z tabelą Wykonawcy) w przypadku przeprowadzenia u ubezpieczonego leczenia specjalistycznego: chemioterapii lub radioterapii, terapii interferonowej, wszczepienia kardiowertera (defibrylatora), wszczepienia rozrusznika serca, ablacji.
22. **Operacje chirurgiczne** – zabieg chirurgiczny, wykonany 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, w czasie trwania odpowiedzialności w stosunku do danego ubezpieczonego. Wykonawca ponosi odpowiedzialność za operacje chirurgiczne wykonywane bez przecięcia powłoki skórnej, metodą laparoskopową i endoskopową, zamkniętą oraz otwartą wymienione w katalogu operacji chirurgicznych (prosimy o załączenie w ofercie katalogu operacji chirurgicznych). Liczba kategorii/klas, według których operacje zostaną podzielone i w zależności od których Wykonawca będzie wypłacał świadczenie nie może być mniejsza niż 3 (najcięższe, pośrednie, najlżejsze) gdzie za operacje najcięższe (najbardziej skomplikowane pod względem medycznym) wypłata świadczenia będzie najwyższa., nie mniejsza niż wskazane sumy ubezpieczenia dla operacji chirurgicznych (1500 zł – Opcja II, 1750 zł – Opcja III, 2000 zł – Opcja IV, 2500 zł – Opcja V, 3000 zł – Opcja VI, 4000 zł – Opcja VII. Dopuszcza się podział na większą liczbę kategorii/klas o ile podział ten jest korzystniejszy niż zapis SIWZ. Wykaz operacji powinien zawierać minimum 500 operacji /zabiegów chirurgicznych. Zamawiający nie dopuszcza wprowadzenia ograniczeń wypłaty świadczenia z tytułu ubezpieczenia operacji chirurgicznych związanych z minimalną długością koniecznego pobytu w szpitalu. Świadczenie wypłacone

będzie bez względu na czas pobytu w szpitalu. W przypadku wykonania w okresie jednego pobytu w szpitalu kilku operacji chirurgicznych, które pozostają ze sobą w związku, Wykonawca wypłaci tylko jedno świadczenie, najwyższe ze względu na klasyfikację zabiegu. Wykonawca ponosi odpowiedzialność za operacje chirurgiczne do wyczerpania sumy ubezpieczenia. W każdą rocznicę polisy suma ubezpieczenia ulega wznowieniu.

23. **Pobyt w szpitalu** – pobyt na oddziale szpitalnym służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem trwającym przez okres co najmniej 1 dnia lub chorobą trwającą przez okres co najmniej 3 dni, maksymalny pobyt w szpitalu 180 dni (przy czym dni rozumiane jako kalendarzowe), zakres terytorialny cały świat. Koszt tłumaczenia dokumentacji pobytu w szpitalu za granicą ponosi ubezpieczony.
24. **Pobyt na OIOM/OIT** - pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w pomieszczeniu przeznaczonym wyłącznie intensywnej opiece medycznej, trwający nieprzerwanie co najmniej 48 godzin w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Świadczenie wypłacane Ubezpieczonemu jednorazowo w wysokości określonej w OPZ. Przez pomieszczenie intensywnej opieki medycznej należy rozumieć wyodrębniony organizacyjnie oddział w strukturze szpitala, wyposażony w sprzęt umożliwiający stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych oraz podjęcie czynności zastępczych w przypadku niewydolności narządów lub układów ustroju. Świadczenie ubezpieczeniowe przysługuje Ubezpieczonemu jeśli jest on uprawniony równocześnie do świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu.
25. **Rekonwalescencja** – świadczenie wypłacane za trwający nieprzerwanie maksymalnie 30 dni, bezpośrednio po pobycie w szpitalu trwającym minimum 10 dni, pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym przez ten szpital. Świadczenie wypłacane za każdy dzień zwolnienia lekarskiego maksymalnie za 90 dni rekonwalescencji w każdym okresie kolejnych 12 miesięcy trwającym między rocznicami umowy ubezpieczenia. Wykonawca nie może odmówić wypłaty świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powołując się na fakt, iż zajście zdarzenia będącego przyczyną pobytu w szpitalu miało miejsce lub rozpoczęło się przed początkiem odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej w drodze niniejszego postępowania.

DOPUSZCZALNE ORAZ JEDYNE WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Śmierć ubezpieczonego

Wykonawca nie wypłaca świadczenia w razie zgonu ubezpieczonego bezpośrednio w następstwie:

- 1) działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru, w wyniku czynnego udziału w masowych rozruchach społecznych,
- 2) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez niego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa.

2. Śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za skutki nieszczęśliwych wypadków, które powstały:

- 1) w wyniku działań wojennych, aktów czynnego udziału w aktach terroru lub czynnego udziału w masowych rozruchach społecznych,
- 2) podczas prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu, jeżeli ubezpieczony nie posiadał wymaganych prawem uprawnień,

- 3) podczas prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, a także po spożyciu narkotyków lub innych środków odurzających,
- 4) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa,
- 5) w wyniku samookaleczenia lub w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa,
- 6) jeśli ubezpieczony pozostawał w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających
- 7) w wyniku zatrucia spowodowanego spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających,
- 8) w wyniku uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to przez kogo były wykonane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku,
- 9) odpowiedzialnością Zakładu Ubezpieczeń, w ramach ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, nie są objęte choroby zawodowe i wszelkie inne choroby lub stany chorobowe, nawet takie które występują nagle (np. choroby zakaźne, zaziębienia, zapalenie płuc, zakłócenia ciąży i porodu).

3. Śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego:

Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za skutki nieszczęśliwych wypadków, które powstały bezpośrednio w następstwie:

- 1) działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru, czynnego udziału w masowych rozruchach społecznych,
- 2) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych prawem uprawnień, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
- 3) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu, który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
- 4) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
- 5) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu w stanie pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
- 6) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa, w wyniku samookaleczenia lub w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa,
- 7) zatrucia spowodowanego spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających.

4. Śmierć Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub krwotoku śródmózgowego

Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności jak w przypadkach wyłączenia odpowiedzialności z tytułu zgonu ubezpieczonego.

5. **Trwały uszczerbek na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku**

Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności jak w przypadkach wyłączenia odpowiedzialności z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

6. **Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu**

Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności jak w przypadkach wyłączenia odpowiedzialności z tytułu zgonu ubezpieczonego.

7. **Śmierć współmałżonka**

Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności w razie zgonu współmałżonka wskutek działań wojennych, aktów terroru lub udziału w masowych zamieszkach społecznych.

8. **Śmierć współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku**

Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za skutki nieszczęśliwych wypadków które powstały bezpośrednio w następstwie:

- 1) działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru, czynnego udziału współmałżonka w masowych rozruchach społecznych,
- 2) prowadzenia przez współmałżonka pojazdu bez wymaganych prawem uprawnień, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
- 3) prowadzenia przez współmałżonka pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, a także pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
- 4) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez współmałżonka przestępstwa,
- 5) samookaleczenia lub w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez współmałżonka samobójstwa,
- 6) zatrucia spowodowanego spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających,
- 7) uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to przez kogo były wykonane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku.

9. **Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu (wskutek nieszczęśliwego wypadku, wskutek wypadku przy pracy, wskutek wypadku komunikacyjnego, wskutek zawału serca/krwotoku śródmózgowego, pobytu ubezpieczonego na rekonwalescencji, pobytu ubezpieczonego w szpitalu na OIOM:**

Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za pobyt ubezpieczonego w szpitalu:

- 1) w wyniku działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub czynnego udziału ubezpieczonego w masowych rozruchach społecznych,
- 2) w wyniku popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
- 3) podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu:
 - a) jeżeli ubezpieczony nie miał uprawnień, określonych w stosownych przepisach prawa, do prowadzenia danego pojazdu,

- b) jeżeli ubezpieczony był w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
- 4) gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to konieczność hospitalizacji.
- 5) w wyniku samookaleczenia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa,
- 6) w wyniku wszelkich zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień,
- 7) w wyniku chorób wynikających z obniżenia odporności organizmu w przebiegu zakażenia wirusem HIV,
- 8) w związku z wykonywaniem badań lekarskich lub diagnostycznych nie wynikających z zachorowania, badań dawców narządów (z wyjątkiem pobytów pozostających w bezpośrednim związku z pobraniem narządu), obserwacji na wniosek sądu,
- 9) w wyniku ciąży, usuwania ciąży, porodu i położu - poza przypadkami, gdy zdiagnozowano ciążę wysokiego ryzyka lub poród o przebiegu patologicznym lub komplikacje położu stanowiące zagrożenie dla życia kobiety,
- 10) w wyniku uszkodzeń i następstw uszkodzeń ciała i chorób powstałych na skutek aktów terroru lub katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie promieniami jonizującymi lub skażenie chemiczne,
- 11) w wyniku operacji kosmetycznych lub plastycznych, w tym operacji zmiany płci, z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Zakładu Ubezpieczeń.
- 12) w wyniku rehabilitacji z wyłączeniem pierwszej rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Zakładu Ubezpieczeń,
- 13) w wyniku profesjonalnego uprawiania sportu lub uprawiania sportów niebezpiecznych takich jak: sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, sporty hipiczne, sporty lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, speleologia, nurkowanie z aparatem tlenowym, skoki do wody, skoki na linie.

10. Ubezpieczenie na wypadek operacji chirurgicznej

Zakład Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli konieczność przeprowadzenia operacji chirurgicznej powstała: Zakład Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli konieczność przeprowadzenia operacji chirurgicznej powstała:

- 1) w wyniku działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub udziału ubezpieczonego w masowych rozruchach społecznych,
- 2) w wyniku popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
- 3) Podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu:
 - a) jeżeli ubezpieczony nie miał uprawnień, określonych w stosownych przepisach prawa, do prowadzenia danego pojazdu,

- b) jeżeli ubezpieczony był w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii.
- 4) gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to konieczność przeprowadzenia operacji chirurgicznej.
- 5) w wyniku samookaleczenia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa,
- 6) bezpośrednio w wyniku zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych bez względu na zastosowaną dawkę,
- 7) w wyniku uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to przez kogo były wykonane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku..
- 8) w wyniku kataklizmów naturalnych,
- 9) w wyniku profesjonalnego uprawiania sportu lub uprawiania sportów niebezpiecznych takich jak: sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, sporty hipiczne, sporty lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, speleologia, nurkowanie z aparatem tlenowym, skoki do wody, skoki na linie.
- 10) w wyniku przewozu lotniczego wykonywanego przez nielicencjonowanego przewoźnika,
- 11) jeżeli ubezpieczony był dawcą organów,
- 12) wykonanej w celu kosmetycznym lub estetycznym, z wyjątkiem operacji chirurgicznej niezbędnej do usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego lub choroby zdiagnozowanej w okresie odpowiedzialności Wykonawcy,
- 13) wykonanej w celu antykoncepcyjnym, z wyjątkiem operacji chirurgicznej niezbędnej gdy ciąża ewidentnie zagraża zdrowiu lub życiu kobiety,
- 14) zmniejszenia lub powiększenia piersi oraz zmiany płci.

11. Śmierć dziecka

Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zgonu dziecka, który nastąpił w wyniku działań wojennych, aktów terroru lub udziału w masowych rozruchach społecznych.

12. Śmierć rodziców i teściów ubezpieczonego

Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zgonu rodziców lub teściów ubezpieczonego, która nastąpiła w wyniku działań wojennych, aktów terroru lub udziału w masowych rozruchach społecznych.

13. Osierocenie dziecka

Wykonawca nie wypłaca świadczenia w razie zgonu ubezpieczonego bezpośrednio w następstwie:

- 1) działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru, w wyniku czynnego udziału w masowych rozruchach społecznych
- 2) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez niego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa
- 3) samobójstwa ubezpieczonego które nastąpiło po upływie 6 miesięcy od momentu przystąpienia do ubezpieczenia, Wykonawca wypłaca świadczenie z tytułu osierocenia dziecka w stosunku do osób, które były objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia. Wykonawca odstąpi od ograniczenia odpowiedzialności względem Ubezpieczonych z tytułu śmierci samobójczej od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia (dotyczy wszystkich wcześniej Ubezpieczonych w podmiotach wchodzących w skład Urzędu Marszałkowskiego przez okres co najmniej 2 lat).

14. Poważne zachorowania

Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poważnych zachorowań będących następstwem nieszczęśliwego wypadku, jeżeli powstały bezpośrednio:

- 1) w następstwie działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru, czynnego udziału ubezpieczonego w masowych rozruchach społecznych,
- 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
- 3) podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu jeżeli ubezpieczony nie miał uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
- 4) w następstwie prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu jeżeli ubezpieczony był w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
- 5) w następstwie gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
- 6) w wyniku samookaleczenia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa, bezpośrednio w wyniku zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych bez względu na zastosowaną dawkę,
- 7) w wyniku uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku.

W przypadku ryzyk niewymienionych powyżej Zamawiający dopuszcza stosowanie wyłączeń zapisanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Wykonawcy

KLAUZULE OBLIGATORYJNE

1. **Klauzula zbiegu roszczeń.** W przypadku, gdy zajście zdarzenia powoduje powstanie odpowiedzialności Wykonawcy w stosunku do ubezpieczonego z więcej niż jednego ryzyka ubezpieczonego, świadczenie ze wszystkich ryzyk zostanie wypłacone w pełnej wysokości bez zastosowania potrąceń.
2. **Klauzula redukcji świadczeń.** Zamawiający nie dopuszcza pomniejszenia kwoty wypłaty świadczenia z tytułu zgonu osoby ubezpieczonej o ile wcześniej zostało wypłacone świadczenie z tytułu: Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku; Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca, krwotoku śródmózgowego, wylewu krwi do mózgu lub udaru mózgu, Ciężkiej choroby, Leczenia specjalistycznego, Operacji chirurgicznych, Pobytu w szpitalu, Pobytu na OIOM.
3. **Klauzula pełnej ochrony ubezpieczeniowej.** Zamawiający nie dopuszcza ograniczenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej w przypadku przekroczenia przez ubezpieczonego wieku 60 lat. w związku z powyższym wykonawca ponosi odpowiedzialność w przypadku zaistnienia następujących ryzyk: pobyt ubezpieczonego w szpitalu z powodu choroby, nieszczęśliwego wypadku, operacji chirurgicznych, ciężkiej choroby, leczenia specjalistyczne, trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca, krwotokiem śródmózgowym, trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem.
4. **Klauzula odpowiedzialności z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku samobójstwa.**

Jeżeli samobójstwo ubezpieczonego nastąpiło po upływie 6 miesięcy od momentu przystąpienia do ubezpieczenia, Wykonawca wypłaci świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego. – dotyczy osób, które nie posiadają zachowanej zasady ciągłości ubezpieczenia.

Wykonawca odstąpi od ograniczenia odpowiedzialności względem ubezpieczonych z tytułu śmierci samobójczej od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia – dotyczy osób, które były objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu wcześniejszych umów ubezpieczenia, (dotyczy wszystkich wcześniej ubezpieczonych w jednostkach podległych Samorządowi Województwa przez okres co najmniej 2 lat.
5. **Klauzula Indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.** Zamawiający wymaga zagwarantowania ubezpieczonemu, który przestał być pracownikiem możliwości dożywotniej, indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia. Taką samą możliwość kontynuacji ubezpieczenia mają współubezpieczeni.

KLAUZULE FAKULTATYWNE

1. **Klauzula urodzenia dziecka z Apgar w przedziale punktowym 0-6.**

W przypadku urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu, którego stan został określony w przedziale 5-6 punktów w skali Apgar wykonawca zobowiązuje się do wypłaty jednorazowego świadczenia w wysokości 1 500 zł.

W przypadku urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu, którego stan został określony w przedziale 0-4 punktów w skali Apgar wykonawca zobowiązuje się do wypłaty jednorazowego świadczenia w wysokości 3 000 zł.

Przy ustalaniu punktacji w skali Apgar bierze się pod uwagę ocenę dokonaną w 5 minucie od chwili urodzenia się dziecka.

Świadczenie zostanie wypłacone w przypadku urodzenia się dziecka w okresie ubezpieczenia.

2. Klauzula rozszerzenia katalogu operacji chirurgicznych o zabieg cesarskiego cięcia.

Wykonawca zobowiązuje się do rozszerzenia katalogu operacji chirurgicznych o zabieg cesarskiego cięcia i wypłaty świadczenia na poziomie 10% sumy ubezpieczenia z tytułu operacji chirurgicznych.

3. Klauzula rozszerzenia katalogu operacji chirurgicznych o zabieg związany z leczeniem niepłodności.

Wykonawca zobowiązuje się do rozszerzenia katalogu operacji chirurgicznych o zabieg związany z leczeniem niepłodności i wypłaty świadczenia na poziomie 10% sumy ubezpieczenia z tytułu operacji chirurgicznych.

4. Klauzula rozszerzenia katalogu operacji chirurgicznych o operacje, w której ubezpieczony był dawcą organów lub narządów.

Wykonawca zobowiązuje się do rozszerzenia katalogu operacji chirurgicznych o operacje, w której ubezpieczony był dawcą organów lub narządów i wypłaty świadczenia na poziomie 10% sumy ubezpieczenia z tytułu operacji chirurgicznych.

5. Klauzula rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o nieszczęśliwe wypadki spowodowane amatorskim uprawianiem sportów niebezpiecznych

Wykonawca rozszerza obligatoryjny zakres ubezpieczenia o odpowiedzialność za skutki nieszczęśliwych wypadków spowodowanych lub mających miejsce w bezpośrednim następstwie amatorskiego uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów takich jak:

- 1) akrobatyka,
- 2) nurkowanie,
- 3) rafting,
- 4) narciarstwo zjazdowe,
- 5) snowbording,
- 6) alpinizm,
- 7) wspinaczka skałkowa,
- 8) kolarstwo górskie,
- 9) speleologia,
- 10) baloniarstwo,
- 11) lotniarstwo,
- 12) szybownictwo,
- 13) lotnictwo,
- 14) skoki spadochronowe,
- 15) BASE jumping,
- 16) wyścigi samochodowe lub motocyklowe,
- 17) jazda gokartami,
- 18) jazda konna,
- 19) sporty motorowodne,
- 20) żeglarstwo śródlądowe, morskie lub oceaniczne,

- 21) kajakarstwo górskie,
- 22) sporty walki,
- 23) bieganie z pokonywaniem przeszkód,
- 24) skoki na gumowej linie.

6. Klauzula wydłużenia maksymalnego okresu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.

Wykonawca rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej poprzez wydłużenie maksymalnego okresu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, za który Wykonawca wypłaci świadczenie do 210 dni w ciągu każdego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia.

7. Klauzula redukcji świadczenia za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu z przyczyn innych niż choroba.

Zamawiający nie dopuszcza pomniejszenia redukcji kwoty wypłaty świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu z przyczyn innych niż choroba tj. powstałych w wyniku nieszczęśliwego wypadku po np. 14 dniach pobytu. Wykonawca usługi wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia dodatkowego.

8. Klauzula świadczenia z tytułu kosztów leczenia poszpitalnego.

Wykonawca wypłaci dodatkowe świadczenie z tytułu kosztów leczenia poszpitalnego w przypadku jednoczesnej wypłaty świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu Ubezpieczonego trwającego co najmniej 3 dni kalendarzowe. Świadczenie wynosi każdorazowo 300 zł (nie więcej niż 3 razy w roku polisowym). w rocznicę polisy suma ubezpieczenia ulega wznowieniu.

9. Klauzula rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o chorobę śmiertelną Ubezpieczonego.

Wykonawca rozszerza obligatoryjny zakres ubezpieczenia o chorobę śmiertelną Ubezpieczonego. Choroba śmiertelna oznacza nieuleczalną chorobę Ubezpieczonego nie rokującą przeżycia przez Ubezpieczonego okresu dłuższego niż 12 miesięcy stwierdzoną przez co najmniej 3 lekarzy. Wysokość świadczenia wynosi 50% wysokości świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego. W przypadku przeżycia przez Ubezpieczonego okresu dłuższego niż 12 miesięcy Ubezpieczyciel nie zażąda zwrotu wypłaconego świadczenia. Ubezpieczyciel pomniejszy świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego o wartość wcześniej wypłaconego świadczenia z tytułu choroby śmiertelnej.

10. Klauzula rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o śmierć rodziców i teściów Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

Wykonawca rozszerza zakres ubezpieczenia o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci rodzica lub teścia w wyniku nieszczęśliwego wypadku – świadczenie z tego tytułu jest wypłacane w wysokości dwukrotności świadczenia z tyt. śmierci rodzica/teścia z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek.

11. Klauzula wypłaty świadczenia za zgon teściów Ubezpieczonego po śmierci współmałżonka.

Wykonawca wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu śmierci teścia, po śmierci współmałżonka/partnera życiowego (pod warunkiem, że ubezpieczony nie wszedł w nowy związek małżeński lub nie wskazał nowego partnera życiowego w deklaracji zmian).

12. Klauzula aktów terroryzmu.

Wykonawca do zakresu ochrony ubezpieczeniowej włącza zdarzenia powstałe w bezpośrednim następstwie aktów terroryzmu, przez które rozumie się użycie przemocy przez jakąkolwiek osobę lub grupę osób, działających samodzielnie lub w czyimś imieniu lub w powiązaniu z jakąkolwiek

organizacją lub rządem, dokonywane z pobudek politycznych, wyznaniowych, ideologicznych, z powodu przynależności etnicznej, rasowej, z zamiarem wywarcia wpływu na władzę państwową lub administracyjną, powodujące dezorganizację życia publicznego lub skierowane przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszenia.

13. Klauzula odpowiedzialności z tytułu zgonu współmałżonka/partnera, dziecka w wyniku samobójstwa.

Jeżeli samobójstwo współubezpieczonego nastąpiło po upływie 6 miesięcy od momentu przystąpienia do ubezpieczenia, Wykonawca wypłaca świadczenie z tytułu zgonu współubezpieczonego. W stosunku do osób, które były objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia. Wykonawca odstąpi od ograniczenia odpowiedzialności względem współubezpieczonych z tytułu śmierci samobójczej od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia (dotyczy wszystkich wcześniej Ubezpieczonych w podmiotach wchodzących w skład Urzędu Marszałkowskiego przez okres co najmniej 2 lat).

INDYWIDUALNA KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA

1. Zamawiający wymaga zagwarantowania w ramach Umowy ubezpieczenia grupowego każdemu Ubezpieczonemu, bez względu na wiek, prawa do dożywotniej indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia po ustaniu stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym oraz okresie korzystania z urlopu wychowawczego lub bezpłatnego jak również w stosunku do ubezpieczonego który odbywa służbę wojskową.
2. Staż wymagany do nabycia prawa do indywidualnej kontynuacji – 6 miesięcy (z uwzględnieniem udokumentowanego stażu z „dotychczasowego” ubezpieczenia – pod warunkiem, że została zachowana ciągłość ubezpieczenia). Wniosek o zawarcie ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego musi być złożony najpóźniej przed upływem 6 miesięcy, od opłaty ostatniej składki w ubezpieczeniu grupowym, z zastrzeżeniem, iż w przypadku, gdy wniosek zostanie złożony w ciągu trzech miesięcy kontynuacja ubezpieczenia nie będzie objęta karencją.
3. Minimalny zakres i wysokość świadczeń w ubezpieczeniu indywidualnie kontynuowanym:

ZAKRES OCHRONY - obligatoryjny	Świadczenie jako % sumy ubezpieczenia
Śmierć ubezpieczonego	100%
Śmierć ubezpieczonego w wyniku NW – dodatkowo oprócz świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego	100%
Śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego - dodatkowo oprócz świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego i śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem	500%
Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku NW	4% sumy ubezpieczenia za każdy 1 procent uszczerbku
Śmierć małżonka	50%
Śmierć małżonka w wyniku NW – – dodatkowo oprócz świadczenia z tytułu śmierci małżonka	250%

Śmierć dziecka	30%
Śmierć rodziców i teściów	20%
Urodzenie się dziecka	10%
Urodzenie się martwego dziecka	20%
Osierocenie dziecka przez ubezpieczonego	40%

4. Składka ubezpieczeniowa przy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia: miesięczna stopa składki od każdego tysiąca sumy ubezpieczenia za jednego ubezpieczonego (stawka za każdy jeden tysiąc sumy ubezpieczenia) – nie może być wyższa niż 7 zł.
5. Ubezpieczeni mają możliwość kontynuowania ubezpieczenia rodzinnego, minimum do wysokości sum ubezpieczenia jakie obowiązywały ich w ubezpieczeniu grupowym.

INNE POSTANOWIENIA

1. W zakresie nieuregulowanym zapisami SIWZ, zastosowanie będą miały zapisy zawarte w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia z tym, że nie będą one ograniczać lub wyłączać zapisów w SIWZ.
2. Wybrany Wykonawca na własny koszt zorganizuje realizację wszelkich procedur niezbędnych do zawarcia i obsługi ubezpieczenia.
3. Zamawiający dopuszcza możliwość zaocznego orzekania na podstawie przedstawionej dokumentacji medycznej. w przypadku braku akceptacji wysokości orzeczonego w ten sposób trwałego uszczerbku na zdrowiu, ubezpieczonemu przysługuje prawo do ponownej weryfikacji medycznej przed komisją lekarską. Za komisję lekarską w rozumieniu niniejszych zapisów, uznaje się również badanie lekarskie.
4. Zamawiający będzie wykonywał obowiązki ubezpieczającego wynikające z umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z wybranym Wykonawcą, w ramach czego Zamawiający poprzez wyznaczonych przez siebie imiennie pracowników do obsługi tej umowy będzie wykonywał w szczególności następujące czynności:
 - a) rzetelnie informował pracowników o możliwości przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie,
 - b) udostępniał na żądanie osób uprawnionych do przystąpienia do programu deklaracje grupowego ubezpieczenia na życie,
 - c) zbierał od pracowników wypełnione i podpisane deklaracje przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie,
 - d) sporządzał wykaz osób po raz pierwszy przystępujących do grupowego ubezpieczenia na życie,
 - e) sporządzał wykaz osób, za które ubezpieczający zaprzestał przekazywania składek w danym miesiącu,
 - f) udzielał zainteresowanym pracownikom informacji o procedurze realizacji świadczeń z umowy grupowego ubezpieczenia na życie, a także o wymaganych w tym celu dokumentach.

ZADANIE 2

WARUNKI SZCZEGÓLNE

1. Przedmiotem zamówienia jest usługa ubezpieczenia zdrowotnego pracowników Zamawiającego oraz ich współmałżonków partnerów życiowych i pełnoletnich dzieci.
2. Ubezpieczenie jest dobrowolne. Osoby spełniające kryterium przynależności do grupy mogą w dowolnym momencie trwania umowy przystępować do ubezpieczenia.
3. Termin realizacji zamówienia obejmuje okres 36 miesięcy.
4. Ubezpieczenie składać się będzie z jednego zakresu ubezpieczenia. Opisany poniżej zakres ochrony i wymagania to warunki minimalne. Jeżeli w oferowanych ogólnych warunkach ubezpieczenia znajdują się zapisy korzystniejsze dla Zamawiającego to będą one miały zastosowanie.
5. Wykonawca zobowiązany jest do utrzymania zaproponowanego zakresu ubezpieczenia w niezmiennym kształcie do końca okresu ubezpieczenia – niezależnie od późniejszych zmian w liczebności uczestników w poszczególnych opcjach.
6. Zamawiający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia. Wykonawca zobowiązuje się do świadczenia usługi grupowego ubezpieczenia przez cały okres wypowiedzenia, a Zamawiający do przekazania należnej składki za ten okres.
7. Polisy potwierdzające zawarcie umowy powinny być wystawione odrębnie dla każdej z Jednostek.
8. Zamawiający nie dopuszcza możliwości zawarcia umowy w innej formie niż polisa ubezpieczeniowa.
9. Zgodnie z danymi o uczestnikach przetargu rozwiązanie umowy przez jedną jednostkę, nie ma wpływu na funkcjonowanie umów zawartych przez pozostałe jednostki.
10. Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie wynikającym z umowy ubezpieczenia w odniesieniu do każdej z osób rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu złożenia przez tą osobę deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia pod warunkiem przekazania za tą osobę Wykonawcy pierwszej składki.

UBEZPIECZENI

1. Prawo przystąpienia do ubezpieczenia mają pracownicy Zamawiającego, ich małżonkowie, partnerzy życiowi oraz dzieci do 26 roku życia.
2. Wykonawca zobowiązuje się do przyjęcia do ubezpieczenia wszystkich pracowników Zamawiającego oraz ich małżonków, partnerów życiowych do 69 roku życia oraz dzieci do 26 roku życia, (uprawnionych) na podstawie imiennych deklaracji zgody, stanowiących standardowy dokument Wykonawcy dla tej czynności.
3. Wykonawca przyjmie do ubezpieczenia osoby przebywające na zwolnieniach lekarskich, urlopach macierzyńskich, urlopach bezpłatnych. Wykonawca może uzależnić przyjęcie do ubezpieczenia tych osób od tego, czy są one ubezpieczone w dotychczas funkcjonującej umowie.
4. Wykonawca zobowiązuje się do przyjęcia do ubezpieczenia członków rodzin ubezpieczonego w zakresie identycznym z zakresem ubezpieczenia Pracowników.
5. Ubezpieczenie obejmuje ochroną wszystkich przyjętych do ubezpieczenia do ukończenia przez nich 69 roku życia.
6. Małżonek, partner życiowy pracownika oraz dziecko pracownika może przystąpić do pakietu dedykowanego dla rodziny pracownika.
7. Ubezpieczeniem mogą być objęci członkowie rodzin pracowników jeżeli do ubezpieczenia przystąpił przede wszystkim sam pracownik.

KARENCA

1. Zamawiający wymaga braku karencji dla osób obecnie ubezpieczonych oraz nowo zgłoszonych, jeżeli przystąpiły one do ubezpieczenia poprzez złożenie deklaracji uczestnictwa przed upływem 3-ch miesięcy liczonych od daty:
 - 1) rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia,
 - 2) nawiązania stosunku prawnego, jeżeli stosunek prawny Ubezpieczającego z Ubezpieczonym powstał po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej,
 - 3) zawarcia związku małżeńskiego,
 - 4) urodzenia się lub przysposobienia dziecka – w przypadku dziecka pracownika,
 - 5) powrotu z urlopu macierzyńskiego/tacierzyńskiego, wychowawczego oraz bezpłatnego przez pracownika, współmałżonka/partnera, dziecko.
2. Dla osób, które przystąpią do ubezpieczenia po upływie trzech miesięcy od daty wprowadzenia ubezpieczenia lub po upływie trzech miesięcy od daty uzyskania uprawnienia przystąpienia do ubezpieczenia, mogą obowiązywać okresy karencji zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia Wykonawcy.

3. Zamawiający nie dopuszcza żądania przez Wykonawcę, wypełniania ankiet i kwestionariuszy medycznych, ani żadnych innych form oceny stanu zdrowia pracowników i członków ich rodzin przystępujących do ubezpieczenia przez cały okres umowy ubezpieczenia.
4. Klauzula ryzyka istniejącego (Pre existing). Wykonawca obejmuje ochroną ubezpieczeniową skutki stanów chorobowych oraz wypadków, które zostały stwierdzone lub zaszły przed początkiem odpowiedzialności Wykonawcy, powodujących nabycie przez ubezpieczonego prawa do świadczenia w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Zapisy te mają zastosowanie w odniesieniu do pełnego zakresu ochrony ubezpieczeniowej, u wszystkich ubezpieczonych, którzy przystąpili do ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od daty początkowej umowy ubezpieczenia lub w ciągu 3 miesięcy od daty zatrudnienia.

SKŁADKA

1. Pracownik przystępując do ubezpieczenia wyrazi zgodę na comiesięczne potrącenie przez zamawiającego składki na ubezpieczenie z jego wynagrodzenia.
2. Składka ubezpieczeniowa za członków rodziny (małżonek, partner życiowy, dziecko) opłacana będzie z wynagrodzenia pracownika.
3. Składka na ubezpieczenie płatna będzie przez okres realizacji zamówienia w okresach miesięcznych.
4. Jednostkowe składki miesięczne a tym samym cena oferty, są wiążące przez cały okres realizacji zamówienia i nie podlegają waloryzacji.
5. Wysokość opłaconej składki będzie w każdym miesiącu iloczynem zaproponowanej składki za ubezpieczenie jednej osoby oraz liczby osób ubezpieczonych.
6. Pierwsza i kolejna składka płatna jest nie później niż do 25 dnia miesiąca kalendarzowego, poprzedzającego miesiąc, za który jest należna ochrona. Jeżeli termin płatności przypada na dzień wolny od pracy, należność wymagana jest dnia kolejnego.
7. Za datę płatności składki uważa się datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.
8. Nieopłacenie przez Zamawiającego składki w całości lub części przewidzianym w terminie nie powoduje ustania odpowiedzialności Wykonawcy ani zawieszenia udzielanej ochrony ubezpieczeniowej pod warunkiem, że składka za ubezpieczenie grupowe zostanie przekazana do końca miesiąca za który jest należna.

W przypadku braku składki do końca miesiąca, odpowiedzialności na polisie zostaje zawieszona, a Wykonawca takim przypadkiem:

- 1) Informuje Zamawiającego o zaistniałej sytuacji w sposób bezpośredniego kontaktu telefonicznego i mailowego.
- 2) wzywa Zamawiającego do uzupełnienia zaległości wskazując co najmniej 14-dniowy dodatkowy termin zapłaty składki.

Powyższy zapis nie dotyczy pierwszej składki, której wpłata w terminie niezbędna jest do prawidłowego nadania początku odpowiedzialności.

REALIZACJA UMOWY

1. Wykonawca zobowiązuje się świadczyć Usługi z należytą starannością z uwzględnieniem aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami, środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób przy wykorzystaniu specjalistycznej aparatury medycznej, przestrzegając etyki zawodowej oraz obowiązujących przepisów.
2. Wykonawca zobowiązuje się do świadczenia Usług z poszanowaniem godności osobistej Pacjenta, z dbałością o jego ogólny stan zdrowia (w szczególności poprzez zalecanie świadczeń zdrowotnych w przypadkach niezgłoszonych przez Pacjenta, a dostrzeżonych przez lekarzy lub inny personel medyczny), z poszanowaniem praw pacjenta wynikających z obowiązujących przepisów prawa, a w szczególności Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. Nr 159, poz. 742 ze zm.).
3. Wykonawca zobowiązuje się do przestrzegania obowiązujących przepisów prawa dotyczących prowadzenia dokumentacji medycznej. Na każde żądanie Pacjenta, Wykonawca zobowiązany jest wydać mu niezwłocznie kopię pełnej dokumentacji medycznej.
4. Wykonawca zapewni świadczenie Usług przez lekarzy uprawnionych do wystawiania recept na leki i wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych. W przypadku kontynuacji leczenia Wykonawca umożliwi wystawianie recept przez lekarza prowadzącego.
5. Wykonawca zobowiązuje się udzielać świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów lub w zakresie innych świadczeń (w tym diagnostycznych lub rehabilitacyjnych) także na podstawie skierowań wydanych przez lekarzy z innych podmiotów leczniczych.
6. Wykonawca zobowiązuje się, że świadczyć będzie Usługi bez ograniczeń zgodnie z wybranym zakresem z wyjątkiem Usług Medycznych będących wynikiem:
 - 1) zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków i innych substancji uznanych za nielegalne oraz środków odurzających, zażyciem środków farmakologicznych nie zapisanych przez lekarza lub samowolnym przekroczeniem dawek leków powszechnie stosowanych w lecznictwie,
 - 2) leczenia uzależnień,
 - 3) próby samobójczej.
7. Wykonawca zobowiązuje się, że wyniki badań diagnostycznych będą mogły być odbierane przez Pacjentów w Placówce Medycznej, w której były wykonywane, a także w każdej Placówce Wykonawcy – jeśli badania były wykonywane w Placówce Wykonawcy.

RAPORTY

1. Wykonawca zobowiązuje się do przygotowywania i wydawania Zamawiającemu:
 - 1) rocznych raportów o udzielonych świadczeniach z zakresu Usług Medycznych (Raporty o Usługach Medycznych)
 - 2) z podziałem na poszczególne jednostki Zamawiającego (jeśli umowa dotyczy kilku jednostek).

2. Wykonawca zobowiązuje się do wydawania na wniosek Zamawiającego w ciągu 30 dni od daty jego złożenia Raportów o Usługach Medycznych, w okresach rocznych tj. w 3 raportach: za każde 12 miesięcy i na koniec umowy ubezpieczenia.
3. Raporty o Usługach Medycznych wskazywać będą zbiorczo dla danego okresu:
 - 1) liczbę Pacjentów, którym udzielono świadczeń zdrowotnych,
 - 2) liczbę Pracowników, którym udzielono świadczeń zdrowotnych,
 - 3) liczbę posiadaczy zakresu dla członków rodzin, którym udzielono tych świadczeń zdrowotnych,
 - 4) wykaz udzielonych świadczeń (z wyszczególnieniem wizyt/konsultacji lekarskich oraz badań diagnostycznych),
 - 5) liczbę udzielonych świadczeń z podziałem na poszczególne miejscowości w których były udzielone.

TERMIN ŚWIADCZENIA USŁUG MEDYCZNYCH

1. Z zastrzeżeniem postanowień poniższych Wykonawca zobowiązuje się do świadczenia Usług Medycznych w godzinach otwarcia Placówek Medycznych (jednak nie krócej niż przez 8 godzin dziennie w Dni Robocze pomiędzy godziną 7 – 20).
2. Wykonawca zobowiązany jest udzielać na rzecz Ubezpieczonych świadczeń zdrowotnych w ramach wizyt domowych. Świadczenia wizyty domowej wykonywane będą na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w szczególności w Toruniu, Bydgoszczy, Inowrocławiu i Włocławku lub w ramach granic administracyjnych placówek medycznych, świadczących wyżej wymienione usługi na rzecz klientów Wykonawcy.

Wykonawca zwolniony będzie z obowiązku udzielenia świadczenia zdrowotnego w ramach wizyty domowej, jeżeli:

- 1) jego udzielenie byłoby sprzeczne z przepisami,
 - 2) w danym czasie Wykonawca na określonym obszarze – z wykorzystaniem Placówek Medycznych, Placówek Wykonawcy lub Placówek Współpracujących nie udziela takich świadczeń zdrowotnych w ramach wizyt domowych na rzecz osób trzecich;
 - 3) ciężar wykazania okoliczności, o których mowa w punktach poprzedzających spoczywa na Wykonawcy.
3. Wykonawca zobowiązuje się, że zapewni nieprzerwanie świadczenie Usług Medycznych: przez lekarzy:
 - 1) internistów we wszystkie Dni Robocze przez nie mniej niż 8 godzin dziennie pomiędzy godzinami 7-20 oraz w soboty przez nie mniej niż 4 godziny pomiędzy godzinami 8-16, na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w szczególności w Toruniu, Bydgoszczy, Inowrocławiu i Włocławku
 - 2) lekarzy specjalistów, w Dni Robocze przez nie mniej niż 8 godzin dziennie pomiędzy godzinami 7-20, na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w szczególności w Toruniu, Bydgoszczy, Inowrocławiu i Włocławku.
 4. Wykonawca zobowiązuje się, że: czas oczekiwania na przyjęcie Pacjenta przez :

- 1) Lekarza internistę nie będzie wynosił więcej niż 1 Dzień Roboczy od chwili zgłoszenia przez Pacjenta zamiaru skorzystania z Usługi Medycznej,
 - 2) lekarzy specjalistów nie będzie dłuższy niż 7 Dni Roboczych od chwili zgłoszenia przez Pacjenta zamiaru skorzystania z Usługi Medycznej.
5. W przypadku gdy Pacjent zamierza skorzystać z usług imiennie wskazanego przez niego lekarza udzielającego świadczeń w Placówce Medycznej, czas oczekiwania na przyjęcie przez niego Pacjenta może być dłuższy od wskazanego w ustępie poprzedzającym.
 6. Wykonawca zobowiązuje się do przyjmowania zgłoszeń (zapisywania) zamiaru skorzystania przez Pacjentów z Usługi Medycznej (w szczególności zapisów na wizyty i konsultacje lekarskie) nieprzerwanie przez 24 godziny, telefonicznie poprzez infolinię Wykonawcy.
 7. Wykonawca zobowiązuje się do przyjmowania zgłoszeń i zapisywania Pacjentów na udzielenie świadczeń zdrowotnych przewidzianych Umową, w szczególności zapisywania na wizyty i konsultacje lekarskie na konkretne godziny, przy czym zobowiązuje się, że ewentualny czas opóźnienia nie przekroczy 30 minut.
 8. Wykonawca zobowiązany jest na życzenie Pacjenta potwierdzać mailowo lub smsem datę i godzinę umówionego terminu świadczenia Usług, a także jest zobowiązany informować o wszelkich ewentualnych przeszkodach w ich świadczeniu (w szczególności przeszkodach w umówionych wizytach, konsultacjach lekarskich lub badaniach) niezwłocznie po uzyskaniu informacji o ich wystąpieniu.

MIEJSCE ŚWIADCZENIA USŁUG, PLACÓWKI MEDYCZNE

1. Wykonawca zobowiązuje się do świadczenia Usług Medycznych, Usług Stomatologicznych w Placówkach Medycznych.
2. Wykonawca jest zobowiązany do wykonywania przedmiotu Umowy w pomieszczeniach odpowiadających wymaganiom określonym w odpowiednich przepisach prawa, wyposażonych w aparaturę i sprzęt medyczny posiadający stosowne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające dopuszczenie aparatury i sprzętu medycznego do użytku oraz dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów wykonanych przez uprawnione podmioty.
3. Wykonawca zobowiązuje się, że Usługi Medyczne świadczone będą w Placówkach Wykonawcy oraz w Placówkach Współpracujących, w zakresie jaki jest zakontraktowany przez Wykonawcę.
4. Wykonawca zapewni dostęp do placówek medycznych na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w szczególności w Toruniu, Bydgoszczy, Inowrocławiu i Włocławku, w których ubezpieczone osoby będą mogły korzystać ze świadczeń.
5. Wykonawca zobowiązuje się do przekazania wykazu wszystkich placówek medycznych aktualnych w dniu składania oferty z wyszczególnieniem woj. kujawsko-pomorskiego.
6. Wykonawca zobowiązuje się Zamawiającemu do aktualizowania wykazu placówek i przekazywania go w formie elektronicznej osobom wskazanym przez Zamawiającego do obsługi tej umowy.

DEFINICJE

1. Definicje wymienione poniżej mają pierwszeństwo przed zapisami ogólnych warunków ubezpieczenia Wykonawcy.
2. **Dni Robocze** –dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
3. **Ubezpieczony** - osoba fizyczna, pracownik Zamawiającego, jego współmałżonek, partner życiowy lub dziecko (uprawnieni), którzy są objęci ochroną ubezpieczeniową.
4. **Ubezpieczający** - Jednostki Organizacyjne, które zawierają Umowę dobrowolnego, grupowego ubezpieczenia w imieniu ubezpieczonych pracowników, ich współmałżonków, partnerów życiowych oraz dzieci.
5. **Deklaracja przystąpienia** - pisemne oświadczenie woli pracownika jednostki organizacyjnej Zamawiającego, o przystąpieniu do ubezpieczenia. Deklaracja przystąpienia zawiera podstawowe dane osoby deklarującej chęć przystąpienia do ubezpieczenia, ze wskazaniem uposażonych (gdy taka jest wola składających deklarację), bez wymogu wypełnienia szczegółowej deklaracji o przebytych chorobach i innych danych o charakterze Pracownik ma prawo złożyć deklarację przystąpienia do ubezpieczenia, w każdym czasie trwania umowy, pod warunkiem jednak, że w chwili przystąpienia ma nie mniej niż 18 lat i nie więcej niż 69 lat. Początek odpowiedzialności wykonawcy następuje pierwszego dnia następnego miesiąca po miesiącu, w którym pracownik złożył deklarację.
6. **Deklaracja zmian** - informacja ubezpieczonego o zmianie danych podanych wykonawcy w deklaracji przystąpienia.
7. **Pracownik jednostki organizacyjnej** - osoba fizyczna zatrudniona w jednostce organizacyjnej Województwa Kujawsko-Pomorskiego na podstawie umów o pracę, aktu powołania, mianowania, w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu pracy oraz umów cywilnoprawnych.
8. **Współmałżonek** – osoba pozostająca z ubezpieczonym pracownikiem w związku małżeńskim w stosunku do którego nie została na dzień zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową orzeczona separacja.
9. **Partner życiowy** - wskazana imiennie w pisemnej deklaracji przystąpienia ubezpieczonego osoba (tej samej bądź przeciwnej płci) stanu wolnego, nie będąca w związku małżeńskim, niespokrewniona z ubezpieczonym, prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe. Jedynym potwierdzeniem przez ubezpieczonego faktu bycia w związku partnerskim jest wskazanie partnera życiowego w deklaracji przystąpienia. Wykonawca nie może żądać żadnych dodatkowych potwierdzeń bycia w związku partnerskim. Warunkiem zgłoszenia partnera jest stan wolny ubezpieczonego; zgłoszenie bądź zmiana partnera wymaga formy pisemnej i możliwa jest jedynie w dacie przystąpienia do ubezpieczenia lub w rocznicę polisy; ochroną ubezpieczeniową jako partner może być objęta wyłącznie jedna osoba. Partner życiowy nabiera takich samych prawa jak Współmałżonek.
10. **Dziecko**: pod pojęciem dziecko należy rozumieć dziecko własne lub przysposobione, a także pasierbów ubezpieczonego (jeżeli nie żyje ojciec lub matka). Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje dzieci od urodzenia do ukończenia przez dziecko 26 roku życia lub bez względu na wiek

w razie całkowitej niezdolności dziecka do pracy. Niezdolność do pracy powinna zostać stwierdzona przez odpowiedni organ rentowy.

ZAKRES ŚWIADCZONYCH USŁUG

Usługi mają być świadczone w minimalnym zakresie opisanym poniżej:

1. Nielimitowane konsultacje lekarskie w ramach opieki podstawowej, realizowane we wszystkich placówkach medycznych udostępnionych przez Wykonawcę:
 - 1) internista,
 - 2) lekarz rodzinny,
 - 3) pediatra.

2. Nielimitowane konsultacje lekarskie specjalistyczne z wyjątkiem psychologa i psychiatry – ograniczenie do 4 wizyt w ciągu roku polisowego; realizowane bez skierowań w zakresie wymienionym poniżej, we wszystkich placówkach medycznych udostępnionych przez Wykonawcę:
 - 1) alergolog,
 - 2) anestezjolog,
 - 3) chirurg ogólny,
 - 4) chirurg naczyniowy,
 - 5) chirurg onkolog,
 - 6) dermatolog,
 - 7) diabetolog,
 - 8) endokrynolog,
 - 9) gastroenterolog,
 - 10) gastrolog,
 - 11) ginekolog,
 - 12) hematolog,
 - 13) kardiolog,
 - 14) laryngolog,
 - 15) nefrolog,
 - 16) neurochirurg,
 - 17) neurolog,
 - 18) okulista,
 - 19) onkolog,
 - 20) ortopeda,
 - 21) pulmonolog,
 - 22) psycholog,
 - 23) psychiatra,
 - 24) rehabilitant,
 - 25) reumatolog,
 - 26) urolog.

3. Badania laboratoryjne na podstawie skierowania od lekarza w zakresie opisanym poniżej:
 - 1) **hematologiczne i układu krzepnięcia:**
- bezpłatne i bez limitu:

- czas częściowej tromboplastyny po aktywacji/czas kaolinowo-kefalinowy (APTT),
- czas protrombinowy (PT),
- fibrynogen (FIBR),
- morfologia krwi z pełnym różnicowaniem granulocytów,
- morfologia krwi bez rozmazu,
- hematokryt,
- odczyn opadania krwinek czerwonych (OB),
- leukocyty,
- płytki krwi,
- retikulocyty.

2) **biochemiczne:**

- bezpłatne i bez limitu:

- albuminy,
- aminotransferaza alaninowa (ALT),
- aminotransferaza asparaginianowa (AST),
- amylaza,
- białko całkowite,
- białko C-reaktywne (CRP),
- bilirubina bezpośrednia,
- bilirubina całkowita,
- chlorki (Cl),
- cholesterol całkowity,
- cholesterol HDL,
- cholesterol LDL,
- czynnik reumatoidalny (RF),
- dehydrogenaza mleczanowa (LDH),
- fosfataza alkaliczna (AP),
- fosfataza kwaśna całkowita,
- fosfataza sterczowa,
- gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP),
- glukoza,
- hemoglobina glikowana (HbA1C),
- kinaza fosfokreatynowa,
- kreatynina,
- kwas moczowy,
- mocznik,
- potas (K),
- lipidogram,
- proteinogram,
- sód (Na),
- test obciążenia glukozą,
- triglicerydy,
- wapń całkowity (Ca),
- żelazo – całkowita zdolność
- wiązania (TIBC),
- żelazo (Fe).

Pozostałe 20% zniżki:

- antygen swoisty dla stercza – PSA całkowite,
- ferrytyna,
- transferyna.

1) hormonalne,

- bezpłatne i bez limitu:

- hormon tyreotropowy (TSH).

Pozostałe – 20 % zniżki

- aldosteron,
- dehydroepiandrosteronu siarczan (DHEAS),
- estradiol,
- hormon adrenokortykotropowy (ACTH),
- hormon folikulotropowy (FSH),
- hormon luteinizujący (LH),
- kortyzol,
- osteokalcyna,
- parathormon (PTH),
- progesteron,
- prolaktyna (PRL),
- testosteron,
- trijodotyronina całkowita (TT3),
- trijodotyronina wolna (fT3),
- tyroksyna całkowita (TT4),
- tyroksyna wolna (fT4)

2) markery nowotworowe,

- bezpłatne i bez limitu:

- antygen CA 125 (CA 125)
- antygen CA 15-3 (15-3)
- antygen CA 19-9 (CA 19-9)
- antygen karcynoembrionalny (CEA)
- antygen swoisty dla stercza (PSA całkowity)
- alfa- fetoproteina (AFP)

3) serologiczne i immunologiczne,

- bezpłatne i bez limitu:

- antygen HBs,
- antystreptolizyna O (ASO),
- oznaczenie grupy krwi układu A, B, O, Rh(D) z oceną hemolizyn,
- odczyn Waalera-Rosego,
- odczyn VDRL (USR/RPR),
- przeciwciała przeciw HBs.

Pozostałe – 20 % zniżki

- immunoglobulina E całkowite (IgE),
- przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej (ATPO),

- przeciwciała przeciw tyreoglobulinie (ATG).

4) Wirusologiczne:

- 20 % zniżki i bez limitu:

- antygen HBe,
- przeciwciała przeciw HBe,
- przeciwciała przeciw HCV,
- przeciwciała przeciw HIV,
- przeciwciała przeciw rubella (różyczka) (IgG, IgM),
- przeciwciała przeciw toksoplazmoza gondii (IgG, IgM),
- przeciwciała przeciw mononukleozie zakaźnej/ EBV (IgM).

5) moczu:

- bezpłatne i bez limitu:

- amylaza w moczu,
- badanie ogólne moczu (profil),
- białko w moczu,
- glukoza w moczu,
- kreatynina w moczu,
- wapń w moczu.

6) kału:

- bezpłatne i bez limitu:

- badanie ogólne kału,
- krew utajona w kale,
- pasożyty/ jaja pasożytów w kale.

7) posiewy i bakteriologia:

- bezpłatne i bez limitu:

- posiew z gardła,
- posiew z rany,
- posiew z moczu z antybiogramem,
- posiew kału ogólny,
- posiew kału w kierunku Salmonella-Shigella.

Inne:

- bezpłatne i bez limitu:

- cytologia wymazu z szyjki macicy (z wyłączeniem cytologii płynnej),
- biopsja cienkoigłowa tarczycy pod kontrolą USG (z możliwością wykonania badania histopatologicznego),
- skórne testy alergiczne – panel pokarmowy,
- skórne testy alergiczne – panel wziewny,
- skórne testy alergiczne – panel mieszany.
- urografia

4. Badania diagnostyczne oraz specjalistyczne testy diagnostyczne (na podstawie skierowania od lekarza)

1) Cytologia,

2) RTG:

- bezpłatne i bez limitu:

- RTG czaszki,
- RTG okolicy czołowej,
- RTG żuchwy,
- RTG szczęki,
- RTG zatok nosa,
- RTG nosa,
- RTG oczodołu,
- RTG okolicy nadoczodołowej,
- RTG spojenia żuchwy,
- RTG okolicy jarzmowo-szczękowej,
- RTG krtani,
- RTG przewodu nosowo-łzowego,
- RTG nosogardzieli,
- RTG gruczołów ślinowych,
- RTG okolicy tarczycy,
- RTG języczka,
- RTG tkanek miękkich klatki piersiowej,
- RTG kręgosłupa (całego, szyjnego, piersiowego, lędźwiowo-krzyżowego), RTG barku,
- RTG łopatki,
- RTG mostka,
- RTG żeber,
- RTG stawów,
- RTG ramienia,
- RTG łokcia,
- RTG przedramienia,
- RTG nadgarstka,
- RTG dłoni,
- RTG palca,
- RTG kończyny górnej,
- RTG kończyny dolnej,
- RTG miednicy,
- RTG biodra,
- RTG uda,
- RTG kolana,
- RTG podudzia,
- RTG kostki,
- RTG stopy,
- RTG przeglądowe jamy brzusznej,
- mammografia,
- urografia (zdjęcie nerek, moczowodów i pęcherza),
- wlew doodbytniczy.

1) USG:

- bezpłatne i bez limitu:

- USG gruczołu krokowego przez powłoki brzuszne,
- USG gruczołu krokowego transrektalne,
- USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne,

- USG ginekologiczne przezpochwowe (transwaginalne),
- USG scriningowe ginekologiczne,
- USG miednicy małej,
- USG piersi,
- USG przeglądowe jamy brzusznej i przewodu pokarmowego (trzustki, wątroby, dróg żółciowych, żołądka, dwunastnicy),
- USG układu moczowego (nerek, moczowodów, pęcherza moczowego),
- USG tarczycy,
- USG mięśni,
- USG stawów biodrowych,
- USG stawów kolanowych,
- USG stawów łokciowych,
- USG stawów skokowych,
- USG stawów barkowych,
- USG drobnych stawów i więzadeł,
- USG ścięgna,
- USG węzłów chłonnych,
- USG krtani,
- USG nadgarstka,
- USG palca,
- USG tkanek miękkich,
- USG ciąży.

Pozostałe – 20 % zniżki

- echokardiografia (ECHO),
- USG dopplerowskie naczyń jamy brzusznej,
- USG dopplerowskie szyi,
- USG dopplerowskie kończyn.

2) EKG,

- bezpłatne i bez limitu:

- EKG spoczynkowe,
- Spirometria,

Pozostałe – 20 % zniżki

- EKG – pomiar całodobowy metodą Holtera,
- EKG – próba wysiłkowa,
- pomiar całodobowy ciśnienia tętniczego (metodą Holtera ciśnieniowego),
- EEG – encefalografia w trybie czuwania (z wyłączeniem EEG we śnie, EEG biofeedback, video EEG),
- EMG – elektromiografia,
- densytometria kręgosłupa,
- densytometria kości udowej,
- densytometria kości obu rąk,
- audiometria tonalna,
- audiometria impedancyjna (tympanogram).

3) Badania endoskopowe (z możliwością wykonania badania histopatologicznego),

- bezpłatne i bez limitu:

- gastroscopia/gastrofiberoskopia diagnostyczna (z możliwością wykonania testu ureazowego),
- sigmoidoskopia,
- rektoskopia,
- kolonoskopia.

6) Tomografia komputerowa, i Rezonans magnetyczny

- bezpłatne i bez limitu:

- głowy (przysadki, zatok, oczodołów, kości skroniowych, szyi, krtani, uszu),
- tkanek miękkich szyi,
- klatki piersiowej,
- jamy brzusznej,
- miednicy,
- kości,
- stawów,
- kręgosłupa (szyjnego, piersiowego, lędźwiowego),
- kończyny górnej i dolnej (ręki, ramienia, przedramienia,
- nadgarstka, uda, podudzia, stopy).

5. Zabiegi ambulatoryjne (zabiegi wykonywane w warunkach ambulatoryjnych przez lekarza lub pielęgniarkę podczas lub po konsultacji lekarskiej) w placówkach udostępnionych przez Wykonawcę,

- 1) Internista - płukanie uszu, zakładanie cewników, zdejmowanie szwów, unieruchamianie tymczasowe w urazach narządu ruchu, usuwanie woskowiny z uszu, pobieranie materiałów do badań mikrobiologicznych, opatrzenia nagłych drobnych urazów (rany, skręcenia, zwichnięcia, nieskomplikowane złamania), opatrzenia oparzeń i odmrożeń z ich ewentualnym dalszym leczeniem, usunięcie kleszcza.
- 2) Pediatria - płukanie uszu, zakładanie cewników, zdejmowanie szwów, unieruchamianie tymczasowe w urazach narządu ruchu, usuwanie woskowiny z uszu, pobieranie materiałów do badań mikrobiologicznych, opatrzenia nagłych drobnych urazów (rany, skręcenia, zwichnięcia, nieskomplikowane złamania), opatrzenia oparzeń i odmrożeń z ich ewentualnym dalszym leczeniem, usunięcie kleszcza.
- 3) Ginekolog - leczenie nadżerek metodą elektrokoagulacji lub krioterapii, prowadzenie ciąży, pobieranie materiałów do badań cytologicznych i mikrobiologicznych, USG piersi.
- 4) Chirurg - nacinanie ropnia, szycie rany, leczenie wrośniętego paznokcia, wycinanie zmian skórnych z medycznymi wskazaniami do usunięcia, pobranie wycinków i materiałów do badania histopatologicznego, leczenie owrzodzeń skórnych, leczenie oparzeń (w stanach umożliwiających leczenie ambulatoryjne), leczenie odmrożeń (w stanach umożliwiających leczenie ambulatoryjne).
- 5) Okulista - wyjęcie ciała obcego z oka, badanie dna oka, badanie ostrości widzenia, płukanie dróg łzowych, badanie pola widzenia, mierzenie ciśnienia gałkowego.
- 6) Otolaryngolog - płukanie uszu, nakłuwanie błony bębenkowej i pobieranie materiału do badań, przedmuchiwanie trąbki słuchowej, usunięcie ciała obcego z ucha, usunięcie ciała obcego z nosa lub gardła, postępowanie zachowawcze w krwawieniu z nosa, opatrunek uszny z lekiem.
- 7) Urolog - zakładanie cewników.

- 8) Alergolog - wykonywanie testów alergicznych, odczulanie (bez kosztu leków).
- 9) Endokrynolog - biopsja tarczycy.
6. Szczepienia ochronne, (raz w roku polisowym). Usługa obejmuje: kwalifikację, iniekcję oraz koszt szczepionki. Szczepienie przeciwko:
 - 1) grypie sezonowej,
 - 2) kleszczowemu zapaleniu mózgu — szczepienie podstawowe (3 dawki),
 - 3) przeciw tężcowi — doraźnie w miarę potrzeby,
 - 4) WZW typu B i a szczepienia podstawowe (3 dawki).
7. Usługi Stomatologiczne:
 - 1) Raz w roku bezpłatny przegląd stomatologiczny,
 - 2) Raz w roku bezpłatne usuwanie kamienia,
 - 3) Rabat na wszystkie pozostałe usługi stomatologiczne świadczone przez Wykonawcę w wysokości 30%.
8. Wizyty domowe – porada lekarska internisty lub lekarza rodzinnego albo pediatry, przeprowadzona całodobowo w domu ubezpieczonego – 4 wizyty w ciągu roku polisowego.
9. Suma Ubezpieczenia w przypadku zgonu Ubezpieczonego wynosi 100,00 zł.

INNE POSTANOWIENIA

1. W zakresie nieuregulowanym zapisami SIWZ, zastosowanie będą miały zapisy zawarte w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia z tym, że nie będą one ograniczać lub wyłączać zapisów w SIWZ.
2. Wybrany Wykonawca na własny koszt zorganizuje realizację wszelkich procedur niezbędnych do zawarcia i obsługi ubezpieczenia.
3. Zamawiający będzie wykonywał obowiązki ubezpieczającego wynikające z umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego zawartej z wybranym Wykonawcą, w ramach czego Zamawiający poprzez wyznaczonych przez siebie imiennie pracowników do obsługi tej umowy będzie wykonywał w szczególności następujące czynności:
 - a) rzetelnie informował pracowników o możliwości przystąpienia do grupowego ubezpieczenia zdrowotnego,
 - b) udostępniał na żądanie osób uprawnionych do przystąpienia do programu deklaracje grupowego ubezpieczenia zdrowotnego,
 - c) zbierał od pracowników wypełnione i podpisane deklaracje przystąpienia do grupowego ubezpieczenia zdrowotnego,
 - d) sporządzał wykaz osób po raz pierwszy przystępujących do grupowego ubezpieczenia zdrowotnego,
 - e) sporządzał wykaz osób, za które ubezpieczający zaprzestał przekazywania składek w danym miesiącu,
 - f) udzielał zainteresowanym pracownikom informacji o procedurze realizacji świadczeń z umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego, a także o wymaganych w tym celu dokumentach.

4. Wykonawca zobowiązuje się do pokrycia kosztów za czynności administracyjne zgodnie z Rozdziałem XI pkt. 7 SIWZ
5. Wykonawca zobowiązuje się do podpisania umów cywilno-prawnych ze wskazanymi przez Zamawiającego osobami do wykonywania czynności administracyjnych.