



UNIwersYTET MEDYCZNY

IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCLAWIU

50-367 Wrocław, Wybrzeże L. Pasteura 1
Zespół ds. Zamówień Publicznych UMW
ul. Marcinkowskiego 2-6, 50-368 Wrocław
fax 71 / 784-00-45
e-mail: monika.komorowska@umed.wroc.pl

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA (SIWZ)

Po Korekcie z dnia 19.07.2019 r.

DLA PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO nr UMW / IZ / PN – 56 / 19

Prowadzonego zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku – Prawo zamówień publicznych
(tekst jedn. - Dz. U. z 2018 r. poz. 1986, z późn. zm.), zwanej dalej „Pzp”

Na ZAMÓWIENIE PN.:
**GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE PRACOWNIKÓW UNIwersYTETU
MEDYCZNEGO WE WROCLAWIU.**

CPV:


66511000-5 Usługi ubezpieczeń na życie,
66512100-3 Usługi ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków,
66512210-7 Usługi dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego,
66512220-0 Usługi ubezpieczenia medycznego.

TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT

Termin składania ofert – do dnia 23.07.2019 r. do godz. 10:00

Termin otwarcia ofert – dnia 23.07.2019 r. o godz. 11:00

**Z upoważnienia Rektora UMW
Kancelarz UMW**


mgr Iwona Janus

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ZESPÓŁ DS. ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH
Kierownik


mgr Monika Komorowska

ROZDZIAŁ I. INFORMACJE OGÓLNE

1. Zamawiający

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
Wybrzeże L. Pasteura 1, 50-367 Wrocław
www.umed.wroc.pl

2. Postępowanie

Postępowanie prowadzone jest zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku - Prawo zamówień publicznych (tekst jedn. - Dz. U. z 2018 r. poz. 1986, z późn. zm.), zwanej dalej „Pzp”.

- 2.1. Postępowanie prowadzone jest w trybie przetargu nieograniczonego (podst. prawna: art. 10 st. 1 oraz art. 39-46 Pzp).
- 2.2. Postępowanie prowadzone jest w trybie przewidzianym art. 24aa Pzp, tj. z zastosowaniem tzw. „procedury odwróconej”.
- 2.3. Do czynności podejmowanych przez Zamawiającego i Wykonawców stosować się będzie przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (tekst jedn. - Dz. U. z 2018 r., poz. 1025, z późn. zm.), jeżeli przepisy Pzp nie stanowią inaczej.
- 2.4. Postępowanie prowadzone jest w trzech częściach. Celem niniejszego zamówienia jest zawarcie trzech, niezależnych od siebie umów ubezpieczenia w oparciu o analogiczne zasady.

3. Przedmiot zamówienia

- 3.1. Przedmiotem zamówienia jest grupowe ubezpieczenie na życie pracowników Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.
- 3.2. Umowa obejmuje ubezpieczenie na wypadek śmierci ubezpieczonego, następstw nieszczęśliwych wypadków, poważnych zachorowań, leczenia szpitalnego i rekonwalescencji poszpitalnej oraz innych świadczeń towarzyszących opisanych szczegółowo w załączniku nr 1 do SIWZ.
- 3.3. Umowa obejmuje możliwość ubezpieczenia członków rodzin ubezpieczonych pracowników

4. Wspólny Słownik Zamówień (CPV):

66511000-5 Usługi ubezpieczeń na życie,
66512100-3 Usługi ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków,
66512210-7 Usługi dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego,
66512220-0 usługi ubezpieczenia medycznego.

5. Termin wykonania zamówienia

Zasady zawierania umowy dotyczą wszystkich części umowy analogicznie. Umowa zostanie zawarta na okres 4 lat (48 miesięcy), z zastrzeżeniem warunków dotyczących nieosiągnięcia wskaźnika partycypacji - zgodnie z Opisem Przedmiotu Zamówienia (załącznik nr 1). Potwierdzeniem zawarcia umowy będzie jedna polisa wystawiona na pełny okres ubezpieczenia, dla każdej części zamówienia odrębnie.

6. Odpowiedzialność

Początek odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego (pracownika, członka rodziny) przypada od pierwszego dnia kolejnego miesiąca po podpisaniu deklaracji zgody i złożeniu dyspozycji o potrącaniu składki. Główny ubezpieczony składa dyspozycję o potrącaniu składki na poczet ubezpieczenia własnego, a w przypadku ubezpieczenia członka rodziny wyraża zgodę na potrącanie składki dodatkowo na poczet ubezpieczenia członka rodziny. Jednocześnie Zamawiający zobowiązuje się do poinformowania Wykonawcy o przystąpieniu ubezpieczonego do ubezpieczenia w uzgodnionym z Wykonawcą trybie i terminie, jednakże nie później niż do końca miesiąca następującego po miesiącu, w którym deklaracja zgody została podpisana.

7. Zamówienia, o których mowa w art. 67 ust. 1 pkt. 6 Pzp

Zamawiający dopuszcza udzielenia zamówień, o których mowa w art. 67 ust. 1 pkt 6 Pzp (do 20%).

8. Przetwarzanie danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, Zamawiający informuje, że:

- 8.1. administratorem danych osobowych Wykonawców i osób uczestniczących w przedmiotowym postępowaniu jest Zamawiający;
- 8.2. Zamawiający wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować w sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych pod adresem e-mail: iod@umed.wroc.pl;
- 8.3. dane osobowe Wykonawców i osób uczestniczących w przedmiotowym postępowaniu przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z przedmiotowym postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego;
- 8.4. odbiorcami danych osobowych Wykonawców i osób uczestniczących w przedmiotowym postępowaniu będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 8 oraz art. 96 ust. 3 Pzp;
- 8.5. dane osobowe osób uczestniczących w przedmiotowym postępowaniu będą przechowywane, zgodnie z art. 97 ust. 1 Pzp, przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy;
- 8.6. obowiązek podania przez Wykonawcę danych osobowych bezpośrednio jego dotyczących oraz danych osób uczestniczących w postępowaniu jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach Pzp, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z Pzp;
- 8.7. w odniesieniu do danych osobowych osób uczestniczących w przedmiotowym postępowaniu decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
- 8.8. osoby uczestniczące w przedmiotowym postępowaniu posiadają:
 - 8.8.1. na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych bezpośrednio ich dotyczących. W przypadku gdy wykonanie przez Zamawiającego obowiązków, o których mowa w [art. 15 ust. 1-3](#) RODO, wymagałoby niewspółmiernie dużego wysiłku, Zamawiający może żądać od osoby, której dane dotyczą, wskazania dodatkowych informacji mających na celu sprecyzowanie żądania, w szczególności podania nazwy lub daty postępowania o udzielenie zamówienia publicznego. W przypadku zakończonego postępowania o udzielenie zamówienia, gdy wykonanie przez Zamawiającego obowiązków, o których mowa w [art. 15 ust. 1-3](#) RODO, wymagałoby niewspółmiernie dużego wysiłku, Zamawiający może żądać od osoby, której dane dotyczą, wskazania dodatkowych informacji mających w szczególności na celu sprecyzowanie nazwy lub daty zakończonego postępowania;
 - 8.8.2. na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania przez Wykonawcę uczestniczącego w przedmiotowym postępowaniu danych osobowych (skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego ani zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z Pzp oraz nie może naruszać integralności protokołu oraz jego załączników);
 - 8.8.3. na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO (*prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego*). Wystąpienie z żądaniem, o którym mowa w [art. 18 ust. 1](#) RODO, nie ogranicza przetwarzania danych osobowych do czasu zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego;
 - 8.8.4. prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych dotyczących wykonawców i uczestników przedmiotowego zamówienia narusza przepisy RODO;

- 8.9. nie przysługuje Wykonawcy i osobom uczestniczącym w przedmiotowym postępowaniu:
- 8.9.1. w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
 - 8.9.2. prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
 - 8.9.3. na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania danych osobowych Wykonawców i osób uczestniczących w przedmiotowym postępowaniu jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

9. Dopuszczalność składania ofert częściowych

Zamówienie prowadzone jest w trzech częściach, Wykonawca może złożyć ofertę na dowolne części zamówienia.

ROZDZIAŁ II. WYMAGANIA DOTYCZĄCE WYKONAWCÓW

10. Warunki udziału w postępowaniu

- 10.1. W postępowaniu mogą brać udział wyłącznie Wykonawcy, którzy nie podlegają wykluczeniu z postępowania na podstawie:
- 10.1.1. Przesłanek obligatoryjnych wskazanych w art. 24 ust. 1 pkt.12-23 Pzp.
 - 10.1.2. Zamawiający nie przewiduje wykluczenia Wykonawcy na podstawie przesłanek, o których mowa w art. 24 ust. 5 Pzp.
- 10.2. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy:
- 10.2.1. Nie podlegają wykluczeniu,
 - 10.2.2. Spełniają warunki udziału w postępowaniu, w zakresie w jakim zostały określone przez Zamawiającego.
- 10.3. Wykonawcy ubiegający się o zamówienie publiczne muszą spełniać warunki udziału w postępowaniu dotyczące:
- 10.3.1. Kompetencji lub uprawnień do prowadzenia określonej działalności zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów;
Zamawiający uzna warunek za spełniony, jeśli Wykonawca posiada zezwolenie lub inny dokument potwierdzający, że Wykonawca uprawniony jest do prowadzenia działalności ubezpieczeniowej w zakresie co najmniej pokrywającym się z przedmiotem zamówienia.
 - 10.3.2. Posiadania zdolności technicznej lub zawodowej
Zamawiający uzna warunek za spełniony, jeśli Wykonawca w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, wykonał, a w wypadku świadczeń okresowych lub ciągłych wykonuje min. 2 usługi grupowego ubezpieczenia na życie pracowników obejmujące w co najmniej jednym roku polisowym w wykazywanym przez Wykonawcę okresie średniomiesięcznie co najmniej 300 pracowników każda.
 - 10.3.3. Sytuacji ekonomicznej i finansowej:
Zamawiający nie wyznacza szczegółowych warunków w tym zakresie; Wykonawca potwierdza spełnienie warunku składając Jednolity Europejski Dokument Zamówienia.

11. Poleganie na innych podmiotach

- 11.1. Wykonawca w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu może polegać na zdolnościach technicznych lub zawodowych innych podmiotów, niezależnie od charakteru prawnego stosunków łączących Wykonawcę z tymi podmiotami. W takim wypadku Wykonawca zobowiązany jest wykazać Zamawiającemu, że realizując zamówienie będzie dysponował zasobami tych podmiotów, w szczególności okazując zobowiązanie tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji zasobów niezbędnych do realizacji zamówienia.
- 11.2. Wykonawca, który polega na zdolnościach innych podmiotów, musi udowodnić Zamawiającemu, że realizując zamówienie, będzie dysponował niezbędnymi zasobami tych podmiotów, w szczególności przedstawiając zobowiązanie tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia.

- 11.3. Zamawiający ocenia, czy udostępniane Wykonawcy przez inne podmioty zdolności techniczne lub zawodowe, pozwalają na wykazanie przez Wykonawcę spełnienia warunków udziału w postępowaniu oraz bada, czy nie zachodzą wobec tego podmiotu podstawy wykluczenia, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt 13-22 Pzp.
- 11.4. W odniesieniu do warunków dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, Wykonawcy mogą polegać na zdolnościach innych podmiotów, jeśli podmioty te zrealizują usługi, do realizacji których te zdolności są wymagane.
- 11.5. Jeżeli zdolności techniczne lub zawodowe podmiotu, o którym mowa w pkt. 11.1, nie potwierdzają spełnienia przez Wykonawcę warunków udziału w postępowaniu lub zachodzą wobec tych podmiotów podstawy wykluczenia, Zamawiający żąda, aby Wykonawca w terminie określonym przez Zamawiającego:
 - 11.5.1 zastąpił ten podmiot innym podmiotem lub podmiotami lub
 - 11.5.2 zobowiązał się do osobistego wykonania odpowiedniej części zamówienia, jeżeli wykaze zdolności techniczne lub zawodowe, o których mowa w pkt. 10.3.2.

12. Podwykonawcy

- 12.1. Wykonawca może powierzyć wykonanie części zamówienia podwykonawcy.
- 12.2. Zamawiający nie zastrzega obowiązku osobistego wykonania przez Wykonawcę kluczowych części zamówienia.
- 12.3. Zamawiający żąda wskazania przez Wykonawcę części zamówienia, których wykonanie zamierza powierzyć podwykonawcom, i podania przez Wykonawcę firm podwykonawców.
- 12.4. Jeżeli zmiana albo rezygnacja z podwykonawcy dotyczy podmiotu, na którego zasoby Wykonawca powoływał się, na zasadach określonych w art. 22a ust. 1 Pzp (pkt. 11.1 Siwz), w celu wykazania spełnienia warunków udziału w postępowaniu, Wykonawca jest obowiązany wykazać Zamawiającemu, że proponowany inny podwykonawca lub Wykonawca samodzielnie spełnia je w stopniu nie mniejszym niż podwykonawca, na którego zasoby Wykonawca powoływał się w trakcie postępowania o udzielenie zamówienia.
- 12.5. Jeżeli powierzenie podwykonawcy wykonania części zamówienia na usługi następuje w trakcie jego realizacji, Wykonawca na żądanie Zamawiającego przedstawia oświadczenie, o którym mowa w art. 25a ust. 1 Pzp (pkt. 14.1 Siwz), lub oświadczenia lub dokumenty potwierdzające brak podstaw wykluczenia wobec tego podwykonawcy.
- 12.6. Jeżeli Zamawiający stwierdzi, że wobec danego podwykonawcy zachodzą podstawy wykluczenia, Wykonawca obowiązany jest zastąpić tego podwykonawcę lub zrezygnować z powierzenia wykonania części zamówienia podwykonawcy.
- 12.7. Postanowienie pkt. 12.5 i 12.6 stosuje się wobec dalszych podwykonawców.
- 12.8. Powierzenie wykonania części zamówienia podwykonawcom nie zwalnia Wykonawcy z odpowiedzialności za należyte wykonanie tego zamówienia.

13. Wspólne ubieganie się Wykonawców o udzielenie zamówienia.

- 13.1. Wykonawcy mogą wspólnie ubiegać się o udzielenie niniejszego zamówienia (np. w formie spółki cywilnej lub konsorcjum). W tym wypadku ustanawiają pełnomocnika do reprezentowania ich w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego. Przepisy dotyczące Wykonawcy stosuje się odpowiednio do Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia.
- 13.2. W razie wyboru oferty Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia Zamawiający zastrzega sobie prawo żądania, przed zawarciem umowy w sprawie zamówienia publicznego, umowy regulującej współpracę tych podmiotów.
- 13.3. W wypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia na podstawie art. 23 Pzp, warunek, o którym mowa w pkt. 10.2.1 jest spełniony, gdy żaden z podmiotów, składających wspólną ofertę nie podlega wykluczeniu, warunek, o którym mowa w pkt. 10.3.1 jest spełniony, gdy każdy z podmiotów, składających wspólną ofertę spełnia go, a warunek, o którym mowa w pkt. 10.3.2, jest spełniony, gdy podmioty składające wspólną ofertę spełniają go łącznie.

14. Oświadczenia i dokumenty wymagane dla potwierdzenia spełnienia warunków udziału w postępowaniu oraz braku podstaw wykluczenia.

- 14.1. Jednolity Europejski Dokument Zamówienia
 - 14.1.1. Wraz z ofertą Wykonawca składa oświadczenie w formie jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia (JEDZ). Wzór oświadczenia stanowi Załącznik nr 8 do SIWZ.
 - 14.1.2. Wstępna ocena spełnienia warunków udziału w postępowaniu oraz braku podstaw wykluczenia dokonane zostanie w oparciu o jednolity europejski dokument zamówienia wg formuły spełnia/nie spełnia.
 - 14.1.3. W wypadku wspólnego ubiegania się o zamówienie przez Wykonawców, jednolity dokument składa każdy z Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie. Dokumenty te potwierdzają spełnianie warunków udziału w postępowaniu oraz brak podstaw wykluczenia w zakresie, w którym każdy z Wykonawców wykazuje spełnianie warunków udziału w postępowaniu oraz brak podstaw wykluczenia.
 - 14.1.4. Wykonawca, który zamierza powierzyć wykonanie części zamówienia podwykonawcom, w celu wykazania braku istnienia wobec nich podstaw wykluczenia z udziału w postępowaniu składa jednolite dokumenty dotyczące podwykonawców.
 - 14.1.5. Wykonawca, który powołuje się na zasoby innych podmiotów, w celu wykazania braku istnienia wobec nich podstaw wykluczenia, oraz spełniania, w zakresie, w jakim powołuje się na ich zasoby, warunków udziału w postępowaniu, składa także jednolite dokumenty dotyczące tych podmiotów.
- 14.2. Przynależność do grupy kapitałowej
 - 14.2.1. W celu wykazania braku podstawy do wykluczenia, określonej w art. 24 ust. 1 pkt 23 Pzp, Zamawiający wymaga złożenia oświadczenia o przynależności albo braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej. W przypadku przynależności do tej samej grupy kapitałowej Wykonawca może złożyć wraz z oświadczeniem dokumenty bądź informacje potwierdzające, że powiązania z innym Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu;
 - 14.2.2. Oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej, Wykonawca składa w terminie 3 dni od dnia zamieszczenia na stronie internetowej informacji, o której mowa w art. 86 ust. 5 Pzp. W przypadku Wykonawców występujących wspólnie oświadczenie składa każdy z Wykonawców.
- 14.3. Pozostałe dokumenty

Przed udzieleniem zamówienia Zamawiający wezwie Wykonawcę, którego oferta została oceniona najwyżej, do złożenia w wyznaczonym terminie, nie krótszym niż 10 dni, aktualnych oświadczeń i dokumentów potwierdzających spełnienie warunków udziału w postępowaniu oraz braku podstaw do wykluczenia, tj.:

 - 14.3.1. Zezwolenia na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej na terenie RP, zgodnie z ustawą z dnia 11.09.2015 o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (tekst jedn. – Dz. U. z 2019 r., poz. 381), w zakresie, co najmniej pokrywającym się z przedmiotem zamówienia. W przypadku prowadzenia działalności na podstawie innej niż zezwolenie Wykonawca przedkłada inny dokument potwierdzający jednoznacznie, że Wykonawca uprawniony jest do wykonywania działalności ubezpieczeniowej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie odpowiadającym przedmiotowi zamówienia.
 - 14.3.2. Wykazu usług wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych, w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, wraz z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i podmiotów, na rzecz których usługi zostały wykonane, oraz załączeniem dowodów określających czy te usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego usługi były wykonywane, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych

- są wykonywane, a jeżeli z uzasadnionej przyczyny o obiektywnym charakterze Wykonawca nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów - oświadczenie Wykonawcy; w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych nadal wykonywanych referencje bądź inne dokumenty potwierdzające ich należyte wykonywanie powinny być wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert (wzór Wykazu stanowi załącznik nr 6 do SIWZ).
- 14.3.3. Informacji z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 13, 14 i 21 Pzp, wystawionej nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert;
 - 14.3.4. Oświadczenia Wykonawcy o braku wydania wobec niego prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne albo – w przypadku wydania takiego wyroku lub decyzji - dokumentów potwierdzających dokonanie płatności tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami lub zawarcie wiążącego porozumienia w sprawie spłat tych należności;
 - 14.3.5. Oświadczenia Wykonawcy o braku orzeczenia wobec niego tytułem środka zapobiegawczego zakazu ubiegania się o zamówienia publiczne.
- 14.4 Zamawiający żąda od Wykonawcy, który polega na zdolnościach innych podmiotów na zasadach określonych w art. 22a Pzp, przedstawienia w odniesieniu do tych podmiotów dokumentów wymienionych w ppkt. 14.3.3. – 14.3.5 SIWZ.

15. Dokumenty z elementem zagranicznym:

- 15.1. Jeżeli Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zamiast dokumentów, o których mowa w pkt. 14.3.3, składa informację z odpowiedniego rejestru albo, w przypadku braku takiego rejestru, inny równoważny dokument wydany przez właściwy organ sądowy lub administracyjny kraju, w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania lub miejsce zamieszkania ma osoba, której dotyczy informacja albo dokument, w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 13, 14 i 21 Pzp.
- 15.2. Dokumenty, o których mowa w pkt. 15.1, powinny być wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
- 15.3. Jeżeli w kraju, w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania lub miejsce zamieszkania ma osoba, której dokument dotyczy, nie wydaje się dokumentów, o których mowa w pkt. 15.1, zastępuje się je dokumentem zawierającym odpowiednio oświadczenie Wykonawcy, ze wskazaniem osoby albo osób uprawnionych do jego reprezentacji, lub oświadczenie osoby, której dokument miał dotyczyć, złożone przed notariuszem lub przed organem sądowym, administracyjnym albo organem samorządu zawodowego lub gospodarczego właściwym ze względu na siedzibę lub miejsce zamieszkania wykonawcy lub miejsce zamieszkania tej osoby. Zapis pkt. 15.2 stosuje się.
- 15.4. W wypadku wątpliwości co do treści dokumentu złożonego przez Wykonawcę, Zamawiający może zwrócić się do właściwych organów odpowiednio kraju, w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania lub miejsce zamieszkania ma osoba, której dokument dotyczy, o udzielenie niezbędnych informacji dotyczących tego dokumentu.
- 15.5. Wykonawca mający siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w odniesieniu do osoby mającej miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, której dotyczy dokument wskazany w pkt. 14.3.3, składa dokument, o którym mowa w pkt. 15.1, w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 14 i 21 Pzp. Jeżeli w kraju, w którym miejsce zamieszkania ma osoba, której dokument miał dotyczyć, nie wydaje się takich dokumentów, zastępuje się go dokumentem zawierającym oświadczenie tej osoby złożonym przed notariuszem lub przed organem sądowym, administracyjnym albo organem samorządu zawodowego lub gospodarczego właściwym ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby. Zapis pkt. 15.2 stosuje się.
- 15.6. W przypadku wątpliwości co do treści dokumentu złożonego przez Wykonawcę, Zamawiający może zwrócić się do właściwych organów kraju, w którym miejsce zamieszkania ma osoba, której dokument dotyczy, o udzielenie niezbędnych informacji dotyczących tego dokumentu.

- 15.7. Wykonawca, który podlega wykluczeniu na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 13 i 14 oraz 16–20, może przedstawić, w ramach tzw. „procedury samooczyszczenia się”, dowody na to, że podjęte przez niego środki są wystarczające do wykazania jego rzetelności, w szczególności udowodnić naprawienie szkody wyrządzonej przestępstwem lub przestępstwem skarbowym, zażalenie naprawienie szkody wyrządzonej przestępstwem lub przestępstwem skarbowym, zażalenie naprawienie szkody, wyczerpujące wyjaśnienie stanu faktycznego oraz współpracę z organami ścigania oraz podjęcie konkretnych środków technicznych, organizacyjnych i kadrowych, które są odpowiednie dla zapobiegania dalszym przestępstwom lub przestępstwom skarbowym lub nieprawidłowemu postępowaniu Wykonawcy. Postanowienia zdania pierwszego nie stosuje się, jeżeli wobec Wykonawcy, będącego podmiotem zbiorowym, orzeczono prawomocnym wyrokiem sądu zakaz ubiegania się o udzielenie zamówienia oraz nie upłynął określony w tym wyroku okres obowiązywania tego zakazu. Wykonawca nie podlega wykluczeniu, jeżeli Zamawiający, uwzględniając wagę i szczególne okoliczności czynu Wykonawcy, uzna za wystarczające przedstawione dowody.

Forma dokumentów i oświadczeń.

- 1) Oświadczenie, o którym mowa w pkt. 14.1., składane jest w oryginale.
- 2) Forma dokumentów i oświadczeń, o których mowa w pkt. 14.2 i 14.3 oraz 15:
 - a) Dokumenty lub oświadczenia składane są w oryginale w postaci dokumentu elektronicznego lub w elektronicznej kopii dokumentu lub oświadczenia poświadczonej za zgodność z oryginałem;
 - b) Poświadczenie za zgodność z oryginałem elektronicznej kopii dokumentu lub oświadczenia, następuje przy użyciu kwalifikowanego podpisu elektronicznego;
 - c) Poświadczenia za zgodność z oryginałem dokonuje odpowiednio Wykonawca, podmiot, na którego zdolnościach polega Wykonawca, Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia publicznego albo podwykonawca, w zakresie dokumentów lub oświadczeń, które każdego z nich dotyczą;
 - d) Zamawiający może żądać przedstawienia oryginału lub notarialnie poświadczonej kopii dokumentów lub oświadczeń wyłącznie wtedy, gdy złożona kopia jest nieczytelna lub budzi wątpliwości co do jej prawdziwości.
 - e) Dokumenty lub oświadczenia sporządzone w języku obcym są składane wraz z tłumaczeniem na język polski.

W zakresie nieuregulowanym w SIWZ, zastosowanie mają przepisy rozporządzenia Ministra Rozwoju z dnia 26. 07. 2016 r. w sprawie rodzajów dokumentów, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy w postępowaniu o udzielenie zamówienia (Dz. U. z 2016 r., poz. 1126, z późn. zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Przedsiębiorczości i Technologii z dnia 16 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów dokumentów, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy w postępowaniu o udzielenie zamówienia (Dz. U. z 2018 r., poz. 1993).

16. Wadium.

- 16.1. Przed upływem terminu składania ofert, Zamawiający wymaga wniesienia wadium. Wykonawca wniesie wadium odrębnie dla każdej części zamówienia w kwocie po 5 000 zł (pięć tysięcy złotych). Wadium może być wniesione w następującej formie:
 - 16.1.1. pieniądzu
 - 16.1.2. poręczeniu bankowym lub poręczeniu spółdzielczej kasy oszczędnościowo – kredytowej, z tym, że poręczenie kasy jest zawsze poręczeniem pieniężnym;
 - 16.1.3. gwarancji bankowej;
 - 16.1.4. gwarancji ubezpieczeniowej;
 - 16.1.5. poręczeniach udzielanych przez podmioty, o których mowa w art. 6b ust 5 pkt 2 ustawy z dnia 9 listopada 2000 r. o utworzeniu Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. poz. 310).
- 16.2. Wadium wnoszone w pieniądzu:
 - 16.2.1. Wadium należy wpłacić przelewem na rachunek bankowy zamawiającego
Nr konta: **72 1090 2402 0000 0006 3000 0428**

Bank: Santander Bank Polska S.A. IV Oddział we Wrocławiu
Tytuł przelewu: **Wadium w przetargu nr UMW/IZ/PN-56/19 na Grupowe ubezpieczenie na życie pracowników Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, cz. ...**

- 16.2.2. Wadium uznane jest za wniesione z chwilą wpływu środków na konto Zamawiającego.
- 16.2.3. Wniesienie wadium w pieniądzu, za pomocą przelewu bankowego, Zamawiający będzie uważał za skuteczne tylko wówczas, gdy bank prowadzący rachunek Zamawiającego potwierdzi, że otrzymał taki przelew przed upływem terminu składania ofert.
- 16.3. Wadium wnoszone w innej formie niż pieniężna
 - 16.3.1. W przypadku, gdy wadium wnoszone jest w formie innej niż pieniężna (gwarancji, poręczenia), powinno być wniesione w oryginale w postaci elektronicznej przed upływem terminu składania ofert.
 - 16.3.2. Treść dokumentu wadialnego powinna zawierać:
 - 16.3.2.1. jednoznaczne wskazanie (nazwa, siedziba) dającego zlecenie (Wykonawcy), beneficjenta gwarancji/ poręczenia (Zamawiającego) oraz gwaranta/poręczyciela,
 - 16.3.2.2. wskazanie zabezpieczanej wierzytelności,
 - 16.3.2.3. kwotę zabezpieczenia,
 - 16.3.2.4. termin ważności gwarancji/ poręczenia, nie krótszy niż termin związania ofertą,
 - 16.3.2.5. oświadczenie gwaranta/ poręczyciela o nieodwołalności zabezpieczenia w okresie jego ważności,
 - 16.3.2.6. zobowiązanie gwaranta/ poręczyciela do bezwarunkowej zapłaty kwoty gwarancji/ poręczenia na pierwsze pisemne żądanie Zamawiającego.
 - 16.3.3. Wadium wnoszone w formie gwarancji lub poręczenia powinno być wykonalne na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
 - 16.3.4. Dla każdej części zamówienia odrębnie wykonawca przedstawi dokument potwierdzający wniesienie wadium.
- 16.4. Zwrot wadium.
 - 16.4.1. Zamawiający zwraca wadium wszystkim Wykonawcom niezwłocznie po wyborze oferty najkorzystniejszej lub unieważnieniu postępowania, z wyjątkiem Wykonawcy, którego oferta została wybrana jako najkorzystniejsza, z zastrzeżeniem pkt. 16.4.6.
 - 16.4.2. Wykonawcy, którego oferta została wybrana jako najkorzystniejsza, Zamawiający zwraca wadium niezwłocznie po zawarciu umowy w sprawie zamówienia publicznego oraz wniesieniu zabezpieczenia należytego wykonania umowy, jeżeli jego wniesienia żądano.
 - 16.4.3. Zamawiający zwraca niezwłocznie wadium na wniosek Wykonawcy, który wycofał ofertę przed upływem terminu składania ofert.
 - 16.4.4. Zamawiający żąda ponownego wniesienia wadium przez Wykonawcę, któremu zwrócono wadium na podstawie pkt. 16.4.1, jeżeli w wyniku rozstrzygnięcia odwołania jego oferta została wybrana jako najkorzystniejsza. Wykonawca wnosi wadium w terminie określonym przez Zamawiającego.
 - 16.4.5. Jeżeli wadium wniesiono w pieniądzu, Zamawiający zwraca je wraz z odsetkami wynikającymi z umowy rachunku bankowego, na którym było ono przechowywane, pomniejszone o koszty prowadzenia rachunku bankowego oraz prowizji bankowej za przelew pieniędzy na rachunek bankowy wskazany przez Wykonawcę.
 - 16.4.6. Zamawiający zatrzymuje wadium wraz z odsetkami, jeżeli Wykonawca w odpowiedzi na wezwanie, o którym mowa w art. 26 ust. 3 i 3a Pzp, z przyczyn leżących po jego stronie, nie złożył oświadczeń lub dokumentów potwierdzających okoliczności, o których mowa w art. 25 ust. 1 Pzp, oświadczenia, o którym mowa w art. 25a ust. 1, pełnomocnictw lub nie wyraził zgody na poprawienie omyłki, o której mowa

w art. 87 ust. 2 pkt 3 Pzp, co spowodowało brak możliwości wybrania oferty złożonej przez Wykonawcę jako najkorzystniejszej.

16.4.7. Zamawiający zatrzymuje wadium wraz z odsetkami, jeżeli Wykonawca, którego oferta została wybrana:

- a. odmówił podpisania umowy w sprawie zamówienia publicznego na warunkach określonych w ofercie;
- b. zawarcie umowy w sprawie zamówienia publicznego stało się niemożliwe z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy.

ROZDZIAŁ III. SPOSÓB POROZUMIEWANIA SIĘ ZAMAWIAJĄCEGO Z WYKONAWCAMI I OSOBY UPRAWNIONE DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z WYKONAWCAMI.

17. Osoba uprawniona do porozumiewania się z Wykonawcami.

Monika Komorowska – Zespół ds. Zamówień Publicznych UMW

18. Sposób porozumiewania się Zamawiającego z Wykonawcami.

18.1. W postępowaniu o udzielenie zamówienia komunikacja między Zamawiającym a Wykonawcami, w szczególności składanie ofert oraz oświadczeń w tym oświadczenia składanego na formularzu jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia odbywa się za pomocą środka komunikacji elektronicznej, tj. platformy do elektronicznej obsługi zamówień publicznych Zamawiającego (zwanej dalej „Platformą”) dostępnej pod adresem: <https://umed-wroc.logintrade.net>

18.2. Oferty oraz oświadczenia, w tym jednolity europejski dokument zamówienia sporządza się, pod rygorem nieważności, w postaci elektronicznej i opatruje się kwalifikowanym podpisem elektronicznym.

18.3. Za prawidłowe złożenie oferty za pomocą środków komunikacji elektronicznej uważać się będzie jej prawidłowe złożenie na Platformie dostępnej pod adresem <https://umed-wroc.logintrade.net/rejestracja/ustawowe.html> w wierszu oznaczonym tytułem oraz znakiem sprawy zgodnym z niniejszym postępowaniem. Korzystanie z Platformy przez Wykonawcę jest bezpłatne.

18.4. Do połączenia używany jest szyfrowany protokół HTTPS. Szyfrowanie danych odbywa się przy pomocy protokołu SSL. Certyfikat SSL zapewnia poufność transmisji danych przesyłanych przez Internet.

18.5. Wykonawca zamierzający wziąć udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, musi posiadać konto na Platformie. Wykonawca posiadający konto na Platformie ma dostęp do możliwości złożenia, zmiany, wycofania oferty, a także do funkcjonalności pozwalających na zadawanie pytań do treści Siwz oraz komunikację z Zamawiającym w pozostałych obszarach.

18.6. Wymagania techniczne wysyłania i odbierania dokumentów elektronicznych, elektronicznych kopii dokumentów i oświadczeń oraz informacji przekazywanych przy użyciu Platformy:

Dopuszczalne przeglądarki internetowe:

- Internet Explorer 8, Internet Explorer 9, Internet Explorer 10, Internet Explorer 11
- Google Chrome 31
- Mozilla Firefox 26
- Opera 18

Pozostałe wymagania techniczne:

- dostęp do sieci Internet
- zainstalowana wtyczka flash - flash player - dotyczy Zamawiającego
- obsługa przez przeglądarkę protokołu XMLHttpRequest - ajax
- włączona obsługa JavaScript
- zalecana szybkość łącza internetowego powyżej 500 KB/s
- zainstalowany Acrobat Reader

- zainstalowane środowisko uruchomieniowe Java - Java SE Runtime Environment 6 Update 24 lub nowszy

W przypadku aukcji z podpisem elektronicznym dopuszczalne są przeglądarki internetowe:

- dla Windows Vista: Internet Explorer 8, Internet Explorer 9
- dla Windows 7: Internet Explorer 9, Internet Explorer 11
- dla Windows 8: Internet Explorer 11
- dla Windows 10: Internet Explorer 11

Wspierane są rozwiązania dostarczane przez firmy:

- Polskie Centrum Certyfikacji Elektronicznej Sigillum Polskiej Wytwórni Papierów Wartościowych S.A.
- Centrum Obsługi Podpisu Elektronicznego Szafir Krajowej Izby Rozliczeniowej S.A.
- Powszechne Centrum Certyfikacji Certum firmy Unizeto Technologies SA.
- Kwalifikowane Centrum certyfikacji Kluczy CenCert firmy Safe Technologies S.A.

Dopuszczalne formaty przesyłanych danych

image/bmp, image/x-windows-bmp, application/msword, application/drafting, image/gif, application/x-compressed, application/x-gzip, multipart/x-gzip, image/jpeg, image/pjpeg, application/x-latex, application/pdf, image/pict, image/png, application/mspowerpoint, application/postscript, application/rtf, application/x-rtf, text/richtext, image/tiff, image/x-tiff, application/mswrite, application/excel, application/x-excel, application/vnd.ms-excel, application/x-msexcel, application/vnd.ms-excel, text/xml, application/x-zip-compressed, application/zip, application/vnd.ms-office, image/x-ms-bmp, video/x-msvideo, audio/x-ms-wma, application/vnd.oasis.opendocument.spreadsheet, application/acad, application/x-acad, application/autocad_dwg, image/x-dwg, application/dwg, application/x-dwg, application/x-autocad, image/vnd.dwg, drawing/dwg

- 18.7. Kodowanie i oznaczenie czasu przekazania danych. Czas zapisywany jest w formacie YYYY-MM-DD HH:MM:SS. Czas przekazania danych jest to czas, w którym zostanie potwierdzone złożenie oferty, dokumentu przez Wykonawcę. Potwierdzenie odbywa się poprzez kliknięcie w link dostępny w wiadomości mailowej, wysłanej automatycznie po złożeniu oferty, dokumentu będąc niezalogowanym na Platformie zakupowej. Wiadomość otrzymuje Wykonawca na adres e-mail wskazany w formularzu. W przypadku Wykonawcy zalogowanego na Platformie zakupowej, czas przekazania danych jest to czas wysłania dokumentu, oferty przez Platformę zakupową.
- 18.8. We wszelkiej korespondencji związanej z niniejszym postępowaniem Zamawiający i Wykonawcy posługują się numerem ogłoszenia (ID postępowania) lub numerem postępowania (UMW/IZ/PN-56/19).
- 18.9. Sposób sporządzenia dokumentów elektronicznych, oświadczeń lub elektronicznych kopii dokumentów lub oświadczeń musi być zgodny z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 27.06.2017 r. w sprawie użycia środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego oraz udostępniania i przechowywania dokumentów elektronicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1320, z późn. zm.), rozporządzeniu Ministra Rozwoju z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie rodzajów dokumentów, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy w postępowaniu o udzielenie zamówienia (Dz. U. z 2016 r., poz. 1126, z późn. zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Przedsiębiorczości i Technologii z dnia 16 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów dokumentów, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy w postępowaniu o udzielenie zamówienia (Dz. U. z 2018 r., poz. 1993).

19. Wyjaśnienia treści SIWZ

- 19.1. Wykonawca może zwrócić się do Zamawiającego o wyjaśnienie treści Siwz. Zamawiający niezwłocznie udzieli wyjaśnień, jednak nie później niż na 6 dni przed upływem terminu skła-

dania ofert, pod warunkiem, że wniosek o wyjaśnienie treści Siwz wpłynął do Zamawiającego nie później niż do końca dnia, w którym upływa połowa wyznaczonego terminu składania ofert.

- 19.2. Jeżeli wniosek o wyjaśnienie treści Siwz wpłynął po upływie terminu składania wniosku, o którym mowa w pkt. 19.1, lub dotyczy udzielonych wyjaśnień, Zamawiający może udzielić wyjaśnień albo pozostawić wniosek bez rozpoznania. Przedłużenie terminu składania ofert nie wpływa na bieg terminu składania wniosku, o którym mowa w pkt. 19.1.
- 19.3. Pytanie powinno być opatrzone nazwą składającego je Wykonawcy. Treść zapytań wraz z wyjaśnieniami Zamawiający zamieści na stronie internetowej www.umed.wroc.pl, w rubryce dotyczącej niniejszego postępowania, bez ujawniania źródła zapytania oraz na Platformie dostępnej pod adresem <https://umed-wroc.logintrade.net>.
- 19.4. Zamawiający **nie będzie zwoływać zebrania wszystkich Wykonawców**, o którym mowa w art. 38 ust. 3 Pzp, w celu wyjaśnienia wątpliwości dotyczących treści Siwz.
- 19.5. Jeżeli Zamawiający wprowadzi przed terminem składania ofert jakiegokolwiek zmiany w treści Siwz, zostaną one zamieszczone na stronie internetowej www.umed.wroc.pl w rubryce przeznaczonej dla niniejszego postępowania oraz na Platformie dostępnej pod adresem <https://umed-wroc.logintrade.net>.

20. Obsługa umowy

- 20.1. Niniejsze postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego realizowane jest przy udziale brokera ubezpieczeniowego i umowy ubezpieczenia zawarte w wyniku postępowania zostaną zawarte za pośrednictwem brokera. Broker prowadzić będzie również obsługę zawartych umów ubezpieczenia w okresie ich obowiązywania, w zakresie kompetencji brokera wynikających z ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (tekst jedn. - Dz. U. z 2018 r., poz. 2210, z późn. zm.).
- 20.2. Koszty związane z czynnościami brokerskimi, o których mowa w pkt. 20.1, wykonywanymi w związku z udziałem brokera w przedmiotowym postępowaniu o udzielenie zamówienia, pośredniczeniu w zawarciu oraz obsługą zawartej na podstawie tego postępowania umowy, broker pokrywa wyłącznie z wynagrodzenia otrzymanego od ubezpieczyciela (kurtażu brokerskiego) w związku z pośredniczeniem w zawarciu umowy.
- 20.3. Broker reprezentujący Zamawiającego:
BENEFIT Broker sp. z o.o.
ul. Ostrowskiego 13G
53-238 Wrocław,
tel: 71 798 51 70
Zezwolenie KNUiFE na prowadzenie działalności brokerskiej w zakresie ubezpieczeń nr 1295/03 z dnia 18.12.2003r;
nr wpisu do rejestru brokerów: 00001170/U.
- 20.4. Techniczną obsługę polis realizować będą wskazane przez Zamawiającego osoby, po odpowiednim przygotowaniu przez Wykonawcę.
- 20.5. Warunki współpracy z brokerem oraz podstawowe warunki technicznej obsługi polis przez osoby wskazane przez Zamawiającego i zasady współpracy z tymi osobami Wykonawca uzgadnia z brokerem przed złożeniem oferty, przy czym wszystkim Wykonawcom broker wskazuje jednolite obowiązujące warunki współpracy, a uzgodnieniom podlegają kwestie techniczne i organizacyjne uwzględniające praktykę Wykonawcy.

ROZDZIAŁ IV. SPORZĄDZANIE OFERT

21. Opis sposobu przygotowania ofert

- 21.1. Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych. Wykonawca może złożyć oferty częściowe na jedną lub więcej części zamówienia.
- 21.2. Nie dopuszcza się składania ofert wariantowych.
- 21.3. Wykonawca ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
- 21.4. Oferta powinna zawierać:

- 21.4.1. Formularz ofertowy – dla każdej z części zamówienia przewidziano odrębny (wg wzorów stanowiących załączniki nr 3.1., 3.2., 3.3. do SIWZ, odpowiednio dla części 1, 2 i 3 zamówienia) – wypełniony przez Wykonawcę,
 - 21.4.2. Oświadczenia w formie jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia wypełnione i złożone zgodnie z opisem zawartym w pkt. 15.1,
 - 21.4.3. Pełnomocnictwa osób podpisujących ofertę do podejmowania zobowiązań w imieniu Wykonawcy – jeżeli dotyczy. Pełnomocnictwa winny być przedłożone w formie oryginału lub kopii poświadczonych notarialnie.
- 21.5. Załączniki do SIWZ są wzorami. Zamawiający zaleca ich użycie w składanej ofercie. Dopuszcza się zamieszczenie w ofercie załączników opracowanych przez Wykonawcę, pod warunkiem jednak, że ich treść będzie odpowiadała treści formularzy załączonych do SIWZ.
 - 21.6. Oferta, aby była ważna, musi być podpisana przez Wykonawcę, przedstawicieli Wykonawcy wymienionych w aktualnych dokumentach rejestrowych firmy lub osoby po stronie Wykonawcy upoważnionej do zaciągania zobowiązań w jego imieniu. Formalne upoważnienie powinno być wówczas dołączone do oferty. Zaleca się, by podpisy wyżej określonych osób złożone były na formularzu oferty oraz na wszystkich załączonych dokumentach.
 - 21.7. Wykonawca składa ofertę wraz z wymaganymi dokumentami (określonymi w pkt. 21.4) za pośrednictwem Platformy pod adresem <https://umed-wroc.logintrade.net/rejestracja/ustawowe.html> w sposób określony w Instrukcji obsługi dla Wykonawców, stanowiącej załącznik nr 5 do SIWZ.
 - 21.8. Oferta powinna być sporządzona w języku polskim.
 - 21.9. Oferta powinna być złożona w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowalnym podpisem elektronicznym. Złożenie oferty na nośniku danych lub w innej formie niż przewidziana powyżej jest niedopuszczalne, nie stanowi bowiem jej złożenia przy użyciu środków komunikacji elektronicznej.
 - 21.10. Potwierdzeniem prawidłowego złożenia oferty jest powiadomienie: o tym, że oferta została złożona oraz wiadomość e-mail z potwierdzeniem złożenia oferty do postępowania.
 - 21.11. Ofertę należy złożyć w oryginale.
 - 21.12. Informacje zastrzeżone przez Wykonawcę powinny zostać złożone w osobnym pliku wraz z jednoczesnym zaznaczeniem polecenia „Załącznik stanowiący tajemnicę przedsiębiorstwa” a następnie wraz z plikami stanowiącymi jawną część skompresowane do jednego pliku.
 - 21.13. Wykonawca może przed upływem terminu do składania ofert zmienić lub wycofać ofertę. Zmiana lub wycofanie oferty dokonywane jest za pośrednictwem Platformy pod adresem <https://umed-wroc.logintrade.net/rejestracja/ustawowe.html> w sposób określony w Instrukcji obsługi dla Wykonawców, stanowiącej załącznik nr 5 do SIWZ.
 - 21.14. Wykonawca po upływie terminu do składania ofert nie może dokonać zmiany ani wycofać oferty.

ROZDZIAŁ V. SKŁADANIE OFERT

22. Miejsce oraz termin składania ofert.

- 22.1. Oferty należy składać za pośrednictwem Platformy w terminie do **23.07.2019 r. do godz. 10:00.**
- 22.2. Po upływie terminu, o którym mowa powyżej, złożenie ofert nie będzie możliwe. Uwaga! O terminie złożenia ofert decyduje czas ostatecznego wysłania oferty a nie czas rozpoczęcia jej wprowadzenia.

23. Miejsce oraz termin otwarcia ofert.

Otwarcie ofert nastąpi w dniu **23.07.2019 r. o godz. 11:00** w Zespole ds. Zamówień Publicznych UMW, 50-368 Wrocław, ul. Marcinkowskiego 2-6, w pokoju nr 3A 113.1 za pośrednictwem Platformy pod adresem <https://umed-wroc.logintrade.net> poprzez ich odszyfrowanie przez Zamawiającego.

24. Termin związania ofertą.

- 24.1. Wykonawca pozostaje związany złożoną ofertą przez okres 60 dni.
- 24.2. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

ROZDZIAŁ VI. WYBÓR OFERTY

25. Kryteria wyboru ofert i ich znaczenie.

Każda część zamówienia podlega odrębnej ocenie. Oferty nie podlegające odrzuceniu będą oceniane wg następujących kryteriów:

1. Cena – waga 60%, w tym:
 - Pakiety podstawowe – waga 50%
 - Pakiety dodatkowe – waga 10%, na którą składają się
 - pakiet dodatkowy nr 1 – waga 4%
 - pakiet dodatkowy nr 2 – waga 2%
 - pakiet dodatkowy nr 3 – waga 4%
2. Wysokość świadczeń – waga 25%
3. Warunki ubezpieczenia - waga 15%
 - Klauzule i świadczenia dodatkowe – waga 10%
 - Zaoferowanie pakietów dodatkowych – waga 5%

26. Cena

- 26.1. **Podstawą oceny ofert w kryterium cena będzie miesięczna składka przypadająca na pojedynczego ubezpieczonego.**
- 26.2. Składkę miesięczną przypadającą na ubezpieczonego Wykonawca podaje wg danych określonych w SIWZ, uwzględniając wszystkie zwwyżki i zniżki i inne okoliczności mające wpływ na cenę ubezpieczenia.
- 26.3. Stawki podane w ofercie są wiążące przez cały okres obowiązywania umowy.
- 26.4. Wykonawca podaje cenę przypadającą na ubezpieczonego z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku (groszy).
- 26.5. Na kryterium cena, składają się kryterium cena – pakiety podstawowe i kryterium cena – pakiety dodatkowe.
- 26.6. Maksymalna liczba punktów możliwych do otrzymania za kryterium cena - pakiety podstawowe wynosi 50 (każdy pakiet punktowany analogicznie)
 - a. **Za kryterium cena – pakiety podstawowe**, wykonawca może otrzymać maksymalnie 50 pkt. wg następującego mechanizmu:

dla części 1 zamówienia

$P_{CP1} = N_{CP1} / O_{CP1} \times 50$, gdzie:

P_{CP1} – liczba punktów za kryterium cena w ramach pakietu podstawowego 1

N_{CP1} – cena najtańszej nieodrzuconej oferty dla pakietu podstawowego 1

O_{CP1} – cena badanej oferty dla pakietu podstawowego 1

dla części 2 zamówienia

$P_{CP2} = N_{CP2} / O_{CP2} \times 50$, gdzie:

P_{CP2} – liczba punktów za kryterium cena w ramach pakietu podstawowego 2

N_{CP2} – cena najtańszej nieodrzuconej oferty dla pakietu podstawowego 2

O_{CP2} – cena badanej oferty dla pakietu podstawowego 2

dla części 3 zamówienia

$P_{CP3} = N_{CP3} / O_{CP3} \times 50$, gdzie:

P_{CP3} – liczba punktów za kryterium cena w ramach pakietu podstawowego 3

N_{CP3} – cena najtańszej nieodrzuconej oferty dla pakietu podstawowego 3

O_{CP3} – cena badanej oferty dla pakietu podstawowego 3

- b. **Za kryterium cena – pakiety dodatkowe**

wykonawca może otrzymać maksymalnie 10 pkt., na które składają się punkty za poszczególne pakiety tj. odpowiednio 4 pkt., 2 pkt. i 4 pkt. dla pakietu 1, 2 i 3 wg poniższego mechanizmu. Zaoferowanie pakietów jest dobrowolne. Wykonawca może zaoferować dowolnie wybrane pakiety dodatkowe. Jeśli Wykonawca nie zaoferuje danego pakietu dodatkowego otrzyma 0 pkt. w kryterium cena – pakiety dodatkowe. W przypadku zaoferowania danego pakietu Wykonawca otrzyma punkty zgodnie z poniższą punktacją – dla poszczególnych pakietów dodatkowych odpowiednio.

dla pakietu dodatkowego nr 1:

$P_{CD1} = N_{CD1} / O_{CD1} \times 4$, gdzie:

P_{CD1} – liczba punktów za kryterium cena w ramach pakietu dodatkowego nr 1

N_{CD1} – cena najtańszej nieodrzuconej oferty dla pakietu dodatkowego nr 1

O_{CD1} – cena badanej oferty dla pakietu dodatkowego nr 1

dla pakietu dodatkowego nr 2:

$P_{CD2} = N_{CD2} / O_{CD2} \times 2$, gdzie:

P_{CD2} – liczba punktów za kryterium cena w ramach pakietu dodatkowego nr 2

N_{CD2} – cena najtańszej nieodrzuconej oferty dla pakietu dodatkowego nr 2

O_{CD2} – cena badanej oferty dla pakietu dodatkowego nr 2

dla pakietu dodatkowego nr 3:

$P_{CD3} = N_{CD3} / O_{CD3} \times 4$, gdzie:

P_{CD3} – liczba punktów za kryterium cena w ramach pakietu dodatkowego nr 3

N_{CD3} – cena najtańszej nieodrzuconej oferty dla pakietu dodatkowego nr 3

O_{CD3} – cena badanej oferty dla pakietu dodatkowego nr 3

Łączna liczba punktów możliwa do uzyskania w ramach kryterium cena – pakiety dodatkowe w poszczególnych częściach zamówienia, stanowi sumę liczby punktów za kryterium cena uzyskanych w ramach poszczególnych pakietów dodatkowych nr 1, 2 i 3 wg poniższego mechanizmu.

dla części 1 zamówienia

$P_{CDI} = P_{CD1} + P_{CD2} + P_{CD3}$, gdzie:

P_{CDI} – łączna liczba punktów otrzymanych w kryterium cena – pakiety dodatkowe dla części 1 zamówienia

P_{CD1} – liczba punktów otrzymanych w kryterium cena – pakiet dodatkowy nr 1

P_{CD2} – liczba punktów otrzymanych w kryterium cena – pakiet dodatkowy nr 2

P_{CD3} – liczba punktów otrzymanych w kryterium cena – pakiet dodatkowy nr 3

dla części 2 zamówienia

$P_{CDII} = P_{CD1} + P_{CD2} + P_{CD3}$, gdzie:

P_{CDI} – łączna liczba punktów otrzymanych w kryterium cena – pakiety dodatkowe dla części 2 zamówienia

P_{CD1} – liczba punktów otrzymanych w kryterium cena – pakiet dodatkowy nr 1

P_{CD2} – liczba punktów otrzymanych w kryterium cena – pakiet dodatkowy nr 2

P_{CD3} – liczba punktów otrzymanych w kryterium cena – pakiet dodatkowy nr 3

dla części 3 zamówienia

$P_{CDIII} = P_{CD1} + P_{CD2} + P_{CD3}$, gdzie:

P_{CDIII} – łączna liczba punktów otrzymanych w kryterium cena – pakiety dodatkowe dla części 3 zamówienia

P_{CD1} – liczba punktów otrzymanych w kryterium cena – pakiet dodatkowy nr 1

P_{CD2} – liczba punktów otrzymanych w kryterium cena – pakiet dodatkowy nr 2

P_{CD3} – liczba punktów otrzymanych w kryterium cena – pakiet dodatkowy nr 3

c. **ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW W KRYTERIUM CENA** jest sumą punktów za kryterium

cena - pakiety podstawowe (**P_{CP1}, P_{CP2} i P_{CP3}**) i punktów za kryterium cena – pakiety dodatkowe (**P_{CI}, P_{CII}, P_{CIII}**) wg wzorów:

dla części 1 zamówienia: **P_{C1} = P_{CP1} + P_{CD1}**

dla części 2 zamówienia: **P_{C2} = P_{CP2} + P_{CDII}**

dla części 3 zamówienia: **P_{C3} = P_{CP3} + P_{CDIII}**

27. Wysokość świadczeń

- 27.1. Tabela nr 1 oraz opis do tabeli nr 1 zawarte w załączniku nr 1 – Opis przedmiotu zamówienia zawiera zasady i warunki przyznawania punktów rachunkowych z tytułu deklarowanej w ofercie przez Wykonawcę wysokości poszczególnych świadczeń, przy czym 40 punktów rachunkowych odpowiada jednemu punktowi procentowemu w kryterium wysokość świadczeń.
- 27.2. Łączna liczba punktów rachunkowych z tytułu deklarowanej wysokości świadczeń wynosi 1 000 (tysiąc). Dla każdej części zamówienia łączna liczba punktów jest jednakowa.
- 27.3. Liczba punktów w kryterium wysokość świadczeń stanowi iloraz liczby punktów rachunkowych wynikających z wysokości zadeklarowanych świadczeń i liczby 40. Maksymalna liczba punktów do uzyskania w kryterium wysokość świadczeń wynosi 25 (dla każdej części zamówienia łączna liczba punktów jest jednakowa), wg wzorów:

dla części 1 zamówienia

P_{S1} = R_{S1}/40, gdzie:

P_{S1} – liczba punktów za kryterium wysokość świadczeń w ramach pakietu podstawowego nr 1

R_{S1} – liczba punktów rachunkowych uzyskana z tytułu deklarowanych świadczeń dla pakietu podstawowego nr 1

dla części 2 zamówienia

P_{S2} = R_{S2}/40, gdzie:

P_{S2} – liczba punktów za kryterium wysokość świadczeń w ramach pakietu podstawowego nr 2

R_{S2} – liczba punktów rachunkowych uzyskana z tytułu deklarowanych świadczeń dla pakietu podstawowego nr 2

dla części 3 zamówienia

P_{S3} = R_{S3}/40, gdzie:

P_{S3} – liczba punktów za kryterium wysokość świadczeń w ramach pakietu podstawowego nr 3

R_{S3} – liczba punktów rachunkowych uzyskana z tytułu deklarowanych świadczeń dla pakietu podstawowego nr 3

28. Warunki ubezpieczenia

- 28.1. Na kryterium warunki ubezpieczenia składają się dwie kategorie opcjonalnych, oferowanych wg wyboru Wykonawcy warunków ubezpieczenia:
- 28.1.1. Zaoferowanie klauzul i dodatkowych świadczeń – waga 10%
- 28.1.2. Zaoferowanie pakietów dodatkowych – waga 5%

Zaoferowanie klauzuli i dodatkowych świadczeń

- 28.2. Opis przedmiotu zamówienia zawiera wykaz klauzul i dodatkowych kategorii świadczeń, których akceptacja jest równoznaczna z przyznaniem liczby punktów przypisanych do danego rozszerzenia.
- 28.3. Łączna ilość punktów rachunkowych możliwa do uzyskania wynosi 100. 10 punktów rachunkowych odpowiada 1 punktowi w kryterium warunki ubezpieczenia. Liczba punktów, którą otrzyma oferta Wykonawcy w kryterium warunki ubezpieczenia stanowi iloraz liczby punktów rachunkowych otrzymanych z tytułu akceptacji rozszerzeń ochrony i liczby 10, co oznacza, że maksymalna liczba punktów do uzyskania przez Wykonawcę w kryterium warunki szczególne wynosi 10 i odpowiada wadze kryterium.

Zaoferowanie pakietów dodatkowych

- 28.4. Za zaoferowanie pakietów dodatkowych (D_{W1} , D_{W2} , D_{W3} , odpowiednio dla części 1, 2 i 3 zamówienia) Wykonawca otrzyma odpowiednio 1 pkt. za każdy zaoferowany pakiet (łącznie maks. 3) oraz dodatkowo 2 pkt., jeśli Wykonawca zaoferuje wszystkie 3 pakiety dla danego wariantu/części zamówienia. Łączna ilość punktów z tytułu zaoferowania pakietów dodatkowych wynosi 5.
- 28.5. Kryterium warunki ubezpieczenia (P_{W1} , P_{W2} , P_{W3} , odpowiednio dla części 1, 2 i 3 zamówienia) odnosi się do każdej z części zamówienia analogicznie wg wzorów:

dla części 1 zamówienia:

$$P_{W1} = R_{W1}/10 + D_{W1}, \text{ gdzie:}$$

P_{W1} – liczba punktów otrzymana z tytułu zaoferowanych warunków ubezpieczenia dla części 1 zamówienia

R_{W1} – liczba punktów rachunkowych z tytułu akceptacji warunków ubezpieczenia dla części 1 zamówienia

D_{W1} – liczba punktów z tytułu zaoferowania pakietów dodatkowych dla części 1 zamówienia

dla części 2 zamówienia:

$$P_{W2} = R_{W2}/10 + D_{W2}, \text{ gdzie:}$$

P_{W2} – liczba punktów w kryterium warunki ubezpieczenia dla części 2 zamówienia

R_{W2} – liczba punktów rachunkowych z tytułu akceptacji warunków ubezpieczenia dla części 2 zamówienia

D_{W2} – liczba punktów z tytułu zaoferowania pakietów dodatkowych dla części 2 zamówienia

dla części 3 zamówienia:

$$P_{W3} = R_{W3}/10 + D_{W3}, \text{ gdzie:}$$

P_{W3} – liczba punktów w kryterium warunki ubezpieczenia dla części 2 zamówienia

R_{W3} – liczba punktów rachunkowych z tytułu akceptacji warunków ubezpieczenia dla części 2 zamówienia

D_{W3} – liczba punktów z tytułu zaoferowania pakietów dodatkowych dla części 2 zamówienia

- 28.6. Umowa na daną część zamówienia zostanie zawarta z Wykonawcą, którego oferta otrzyma największą liczbę punktów. Liczba punktów stanowi sumę punktów za kryterium wysokość świadczeń, kryterium cena i kryterium warunki ubezpieczenia, dla poszczególnych części zamówienia wg wzorów:

dla części 1 zamówienia:

$$P_1 = P_{S1} + P_{C1} + P_{W1}, \text{ gdzie:}$$

P_1 – łączna liczba punktów dla części 1 zamówienia

P_{S1} – liczba punktów uzyskanych za kryterium wysokość świadczeń dla części 1 zamówienia

P_{C1} – liczba punktów uzyskanych w kryterium cena dla części 1 zamówienia

P_{W1} – liczba punktów uzyskanych w kryterium warunki ubezpieczenia dla części 1 zamówienia

dla części 2 zamówienia:

$$P_2 = P_{S2} + P_{C2} + P_{W2}, \text{ gdzie:}$$

P_2 – łączna liczba punktów dla części 2 zamówienia

P_{S2} – liczba punktów uzyskanych za kryterium wysokość świadczeń dla części 2 zamówienia

P_{C2} – liczba punktów uzyskanych w kryterium cena dla części 2 zamówienia

P_{W2} – liczba punktów uzyskanych w kryterium warunki ubezpieczenia dla części 2 zamówienia

dla części 3 zamówienia:

$$P_3 = P_{S3} + P_{C3} + P_{W3}, \text{ gdzie:}$$

P_3 – łączna liczba punktów dla części 3 zamówienia

P_{S3} – liczba punktów uzyskanych za kryterium wysokość świadczeń dla części 3 zamówienia

P_{C3} – liczba punktów uzyskanych w kryterium cena dla części 3 zamówienia

P_{W3} – liczba punktów uzyskanych w kryterium warunki ubezpieczenia dla części 3 zamówienia

29. Procedura zawarcia umowy

- 29.1. Osoby reprezentujące Wykonawcę przy podpisywaniu umowy powinny posiadać ze sobą dokumenty potwierdzające ich umocowanie do podpisania umowy, o ile umocowanie to nie będzie wynikać z dokumentów załączonych do oferty.
- 29.2. W przypadku wyboru oferty złożonej przez Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia Zamawiający może żądać przed zawarciem umowy przedstawienia umowy regulującej współpracę tych Wykonawców.
- 29.3. Zawarcie umowy nastąpi na podstawie wzoru Zamawiającego.
- 29.4. Wykonawca jest zobowiązany do zawarcia umowy w terminie i miejscu wyznaczonym przez Zamawiającego.
- 29.5. Jeżeli Wykonawca, którego oferta została oceniona jako najkorzystniejsza, uchyla się od zawarcia umowy, Zamawiający może zbadać, czy nie podlega wykluczeniu Wykonawca, który złożył ofertę najwyżej ocenioną spośród pozostałych ofert.

30. Zapisy umowy.

- 30.1. Wzór umowy stanowi załącznik nr 7 do SIWZ.
- 30.2. Waluta rozliczeń pomiędzy Zamawiającym, a Wykonawcą.
- 30.3. Zamawiający nie przewiduje rozliczeń w walutach obcych. Rozliczenia prowadzone będą w PLN.

ROZDZIAŁ VIII. ZABEZPIECZENIE NALEŻYTEGO WYKONANIA UMOWY

Zamawiający nie wymaga zabezpieczenia należytego wykonania umowy

ROZDZIAŁ IX. ŚRODKI OCHRONY PRAWNEJ

31. Środki ochrony prawnej

- 31.1. Środki ochrony prawnej przysługują Wykonawcy, a także innemu podmiotowi, jeżeli ma lub miał interes w uzyskaniu danego zamówienia oraz poniósł lub może ponieść szkodę w wyniku naruszenia przez Zamawiającego przepisów Pzp.
- 31.2. Środki ochrony prawnej wobec ogłoszenia o zamówieniu oraz Siwz przysługują również organizacjom wpisanym na listę, o której mowa w art. 154 pkt 5 Pzp.
- 31.3. Odwołanie przysługuje wyłącznie od niezgodnej z przepisami ustawy czynności Zamawiającego podjętej w postępowaniu o udzielenie zamówienia lub zaniechania czynności, do której Zamawiający jest zobowiązany na podstawie ustawy.
- 31.4. Odwołanie wnosi się:
 - 31.4.1. w terminie 10 dni od dnia przesłania informacji o czynności Zamawiającego stanowiącej podstawę jego wniesienia, jeżeli zostały przesłane w sposób określony w art. 180 ust. 5 zdanie drugie Pzp, albo w terminie 15 dni - jeżeli zostały przesłane w inny sposób;
 - 31.4.2. wobec treści ogłoszenia o zamówieniu, a także wobec postanowień Siwz – w terminie 10 dni od dnia publikacji ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej lub zamieszczenia Siwz na stronie internetowej;
 - 31.4.3. wobec czynności innych niż określone w ppkt. 31.8.1 i 31.8.2 - w terminie 10 dni od dnia, w którym powzięto lub przy zachowaniu należytej staranności można było powziąć wiadomość o okolicznościach stanowiących podstawę jego wniesienia.
 - 31.4.4. jeżeli Zamawiający nie przesłał Wykonawcy zawiadomienia o wyborze oferty najkorzystniejszej – odwołanie wnosi się nie później niż w terminie:
 - a. 30 dni od dnia publikacji w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej ogłoszenia o udzieleniu zamówienia
 - b. 6 miesięcy od dnia zawarcia umowy, jeżeli Zamawiający nie opublikował w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej ogłoszenia o udzieleniu zamówienia.
- 31.5. Odwołujący przesyła kopię odwołania Zamawiającemu przed upływem terminu wniesienia odwołania w taki sposób, aby mógł on zapoznać się z jego treścią przed upływem tego terminu.

- 31.6. Na orzeczenie Krajowej Izby Odwoławczej (KIO) stronom oraz uczestnikom postępowania odwoławczego przysługuje skarga do sądu.
- 31.7. Skargę wnosi się do sądu okręgowego właściwego dla siedziby albo miejsca zamieszkania Zamawiającego.
- 31.8. Skargę wnosi się za pośrednictwem Prezesa KIO w terminie 7 dni od dnia doręczenia orzeczenia KIO, przesyłając jednocześnie jej odpis przeciwnikowi skargi.
- 31.9. Szczegółowe zasady korzystania ze środków ochrony prawnej określa Dział VI Pzp – Środki ochrony prawnej.

ROZDZIAŁ X. WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO SIWZ

Załącznikami do SIWZ są następujące dokumenty i wzory:

załącznik nr 1: Opis przedmiotu zamówienia,

załącznik nr 2: Struktura pracowników,

załącznik nr 3: Formularz ofertowy 3.1. – dla części 1, 3.2. – dla części 2, 3.3. – dla części 3, w zależności od decyzji Wykonawcy,

załącznik nr 4: Wzór oświadczenia o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej,

załącznik nr 5: Instrukcja obsługi dla Wykonawców,

załącznik nr 6: Wykaz usług,

załącznik nr 7: Wzór umowy,

załącznik nr 8: Wzór Formularza JEDZ.

Z upoważnienia Rektora UMW
Kancelarz UMW

mgr Iwona Janus

Przetarg UMW / IZ / PN – 56 / 19

Przetarg nieograniczony
na
GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE PRACOWNIKÓW UNIwersYTETU MEDYCZNEGO WE WROCŁAWIU

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA
Po Korekcie z dnia 19.07.2019 r.

WSTĘP

Przedmiotem postępowania jest ubezpieczenie grupy pracowników z możliwością przystąpienia do ubezpieczenia członków rodzin rozumianych jako dzieci i współmałżonkowie. Pojęciem równoznacznym współmałżonka jest partner życiowy ubezpieczonego.

Grupa zatrudnionych liczy obecnie ok. 2 200 osób, z czego aktualnie ubezpieczeniem grupowym na życie objętych jest blisko 900 osób w ramach dwóch wariantów wg stanu na dzień opracowania SIWZ różniących się wysokością składki miesięcznej i wysokością świadczeń.

1. WARUNKI SIWZ

- 1.1. Postępowanie prowadzone jest w trzech częściach. Na każdą część zamówienia składa się pakiet podstawowy - wariant 1, 2 i 3 odpowiednio dla części 1, 2 i 3 zamówienia i trzy pakiety dodatkowe, rozszerzające zakres i/lub podwyższające ochronę wynikającą z pakietów podstawowych.
- 1.2. Warianty w ramach pakietów dodatkowych ubezpieczenia zróżnicowane zostały co do zakresu i/ lub wysokości świadczeń. Warunki pakietów dodatkowych są analogiczne dla każdej części zamówienia.
- 1.3. Celem niniejszego zamówienia jest zawarcie trzech, niezależnych od siebie umów ubezpieczenia w oparciu o analogiczne zasady.
- 1.4. Wykonawca może złożyć ofertę na dowolne części zamówienia. Ocena ofert dla poszczególnych części zamówienia prowadzona będzie niezależnie, co oznacza, że zamawiający może zawrzeć umowę/y na każdą z części zamówienia z innym wykonawcą
- 1.5. Dla celów umowy ubezpieczenia Zamawiający jest ubezpieczającym natomiast pracownicy i objęci ubezpieczeniem członkowie ich rodzin są Ubezpieczonymi.
- 1.6. Umowa zostanie zawarta w oparciu o wzorce umowne (Ogólne Warunki Ubezpieczenia – OWU, warunki szczególne, klauzule, dodatki itp.) Wykonawcy, które przedłoży wraz z ofertą, z zachowaniem zasady, że zapisy SIWZ mają pierwszeństwo przed zapisami wzorca umownego a w sprawach nieuregulowanych w treści SIWZ stosowane będą zapisy wzorca umownego przedłożonego przez Wykonawcę z zastrzeżeniem, że Wykonawca nie może stosować zapisów zmieniających stosowane wzorce umowne w zakresie nieuregulowanym w SIWZ w sposób prowadzący do ograniczenia odpowiedzialności w stosunku do standardowo stosowanych przez Wykonawcę rozwiązań.
- 1.7. Dla celów umowy dopuszcza się stosowanie zapisów wg wzorca umownego stosowanego przez Wykonawcę, o ile będą one miały charakter równoważny, a w szczególności nie będą ograniczały odpowiedzialności Wykonawcy w stosunku do zapisów treści SIWZ, w tym także zapisy wzorca umownego dostosowane do wymogów SIWZ.
- 1.8. W przypadku definicji odnoszących się do powszechnie obowiązujących przepisów prawa lub definicji medycznych przyjmuje się, że w razie wątpliwości zastosowanie będą miały odpowiednio regulacje wynikające z odnośnych przepisów prawa oraz przyjęte przez środowiska medyczne definicje medyczne odpowiadające aktualnemu stanowi wiedzy medycznej. Powyższy zapis dotyczy definicji, które nie objętych ani w SIWZ, ani OWU Wykonawcy.

- 1.9. Dopuszcza się i przewiduje doprecyzowanie i uregulowanie kwestii technicznych i organizacyjnych na etapie wdrożenia umowy ubezpieczenia z zastrzeżeniem, że ewentualne zmiany nie będą prowadziły do ograniczenia odpowiedzialności w stosunku do opisanego w treści SIWZ oraz nie zostaną wprowadzone rozwiązania mniej korzystne dla Zamawiającego w stosunku do rozwiązań przyjętych w SIWZ.

2. DEFINICJE

O ile nie wskazano inaczej, przyjęte w Opisie Przedmiotu Zamówienia wyrażenia oznaczają odpowiednio:

ubezpieczony – osoba, która przystąpiła do ubezpieczenia jako pracownik ubezpieczającego (główny ubezpieczony) lub jako członek rodziny pracownika.

pracownik – osoba zatrudniona przez ubezpieczającego na podstawie stosunku pracy oraz członkowie władz ubezpieczającego sprawujący funkcje na podstawie powołania, mianowania lub wyboru niezależnie od faktu nawiązania stosunku pracy. Ubezpieczonym może być także osoba zatrudniona przez ubezpieczającego na podstawie umowy cywilnoprawnej. Dla celów umowy taka osoba będzie traktowana jak pracownik ubezpieczającego.

członek rodziny pracownika – małżonek, partner oraz pełnoletnie dziecko pracownika ubezpieczającego (dziecko, które ukończyło 18 rok życia). Członek rodziny może być ubezpieczonym w okresie, w którym ubezpieczonym jest pracownik jako główny ubezpieczony.

partner pracownika – osoba wskazana przez pracownika w deklaracji uczestnictwa pozostająca z pracownikiem w nieformalnym związku, niespokrewniona z nim w linii prostej, a także jako rodzeństwo, w rozumieniu art. 14 par.1 Ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. - Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, prowadząca z pracownikiem wspólne gospodarstwo domowe. Dla celów umowy partner traktowany jest jak współmałżonek pracownika. Dla celów umowy partner traktowany jest jak współmałżonek pracownika z zastrzeżeniem, że partner i ubezpieczony nie pozostają w związkach małżeńskich, zarówno w dniu składania oświadczeń o pozostawaniu w związku partnerskim, jak i w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną w ramach umowy zawartej z Wykonawcą.

dziecko – wskazane przez ubezpieczonego własne lub przysposobione; na potrzeby ustalenia uprawnień do uczestnictwa w ubezpieczeniu ustala się, że:

- w pakietach podstawowych, dzieckiem jest osoba, do 25 roku życia,
- w pakietach dodatkowych, dzieckiem jest osoba, która nie przekroczyła 18 roku życia.

nowoubezpieczony - główny ubezpieczony lub członek rodziny ubezpieczonego dotychczas nie objęty funkcjonującym u Zamawiającego ubezpieczeniem grupowym.

wypadek komunikacyjny – niemające źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu ubezpieczonego, niezależne od jego woli, mające miejsce w okresie ubezpieczenia nagłe zdarzenie, w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, w którym uczestniczy co najmniej jeden pojazd (z napędem silnikowym lub bez takiego napędu) oraz którego skutkiem są szkody w majątku lub szkody na osobach w nim uczestniczących. Wypadek komunikacyjny obejmuje zdarzenia bez względu na rolę poszkodowanego/ubezpieczonego (kierowca, pasażer, członek załogi, osoba postronna/uczestnik ruchu/przechodzień) powstałych w związku z ruchem pojazdów lądowych (np. drogowych, kolejowych) oraz jednostek/statków powietrznych i wodnych.

Dopuszcza się wyłączenie z zakresu ubezpieczenia zdarzeń będących konsekwencją chorób zdiagnozowanych przed datą wypadku, za wyjątkiem zdarzeń nagłych, w tym nagłego pogorszenia stanu zdrowia.

wypadek przy pracy – niezależne od woli ubezpieczonego, mające miejsce w okresie ubezpieczenia nagłe zdarzenie powodujące uraz lub śmierć, które nastąpiło w związku z pracą:

- a. podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika zwykłych czynności lub poleceń przełożonych,
- b. podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia,

- c. w czasie pozostawiania pracownika w dyspozycji pracodawcy między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,
- d. wypadek przy pracy musi zostać potwierdzony protokołem BHP lub dokumentem organu uprawnionego do wydania takiego dokumentu (np. ZUS)
- e. dopuszcza się wyłączenie z odpowiedzialności:
 - zdarzeń niemających źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu ubezpieczonego,
 - skutków chorób zdiagnozowanych u ubezpieczonego przed datą wypadku, ~~za wyjątkiem zdarzeń nagłych, w tym nagłego pogorszenia stanu zdrowia,~~
 - zdarzeń powstałych w drodze z domu do pracy i z pracy do domu.

zawał serca – ostre niedokrwienie mięśnia sercowego cechujące się następującymi objawami:

A. w przypadku świeżego zawału serca:

Podwyższone stężenie markerów martwicy mięśnia sercowego (w szczególności troponiny) oraz obecność przynajmniej jednego z objawów:

- a. objawy podmiotowe niedokrwienia mięśnia sercowego,
- b. zmiany w EKG wskazujące na świeży zawał,
- c. wystąpienie patologicznych załamek Q w EKG,
- d. stwierdzone w badaniu obrazowym nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości ściany serca lub nowy nieżywy obszar mięśnia sercowego,
- e. zakrzep w tętnicy wieńcowej wykryty za pomocą angiografii lub w badaniu autopsyjnym, a także inne przypadki posiadające przesłanki medyczne do stwierdzenia zawału serca zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

B. w przypadku przebytego zawału mięśnia serca:

- a. stwierdzenie nowych, patologicznych załamek Q z obecnością lub bez obecności typowych objawów podmiotowych,
- b. stwierdzenie w badaniach obrazowych utraty kurczliwości ściany serca z chwilą gdy najbardziej prawdopodobną przyczyną takich zmian jest niedokrwienie,
- c. stwierdzenie w badaniu sekcyjnym cech przebytego zawału.

W razie wątpliwości, za równoważną uznaje się aktualną definicję medyczną World Health Federation - WHF lub European Society of Cardiology – ESC.

udar mózgu - zespół objawów klinicznych związanych z nagłym wystąpieniem ogniskowego lub uogólnionego zaburzenia czynności mózgu, powstały w wyniku zaburzenia krążenia mózgowego i utrzymujący się ponad 24 godziny, w tym udar mózgu krwotoczny (wywołany wylewem krwi do mózgu – zarówno krwotok śródmózgowy jak podpajęczynówkowy) lub niedokrwienny (wywołany zatrzymaniem dopływu krwi do mózgu), w tym także udar niedokrwienny wtórnie ukrwotoczony.

W razie wątpliwości, za równoważną uznaje się aktualną definicję medyczną World Health Federation - WHF lub European Society of Cardiology – ESC.

3. KONSTRUKCJA UMOWY

3.1. Oczekiwana konstrukcja umowy, która zostanie zawarta w wyniku niniejszego postępowania oparta jest na funkcjonowaniu pakietów podstawowych, dedykowanych ubezpieczonemu. Pakiety podstawowe nr 1, 2 i 3 dotyczą części zamówienia - 1, 2 i 3 odpowiednio. Dodatkowo, Wykonawca może zaoferować rozszerzające zakres i/ lub podwyższające wysokość ochrony pakiety dodatkowe, przy czym:

- pakiet dodatkowy nr 1 zapewnia dodatkową ochronę z tytułu zdarzeń chorobowych ubezpieczonego
- pakiet dodatkowy nr 2 rozszerza ochronę o świadczenia powiązane z wypadkiem ubezpieczonego
- pakiet dodatkowy nr 3 obejmuje ryzyka związane ze zdarzeniami chorobowymi, wypadkowymi, a także urodzeniem się dziecka ubezpieczonemu

Pakiety dodatkowe nie stanowią obligatoryjnego elementu oferty Wykonawcy. Celem ich wdrożenia jest umożliwienie dostosowania ochrony do indywidualnych potrzeb ubezpieczonego.

3.2. Konstrukcja umowy zakłada ponadto:

- 3.2.1. możliwość przystąpienia do ubezpieczenia członków rodzin ubezpieczonych (współmałżonków/ partnerów i pełnoletnich dzieci) pracowników na warunkach ubezpieczenia pracowników. Członek rodziny pozostaje jednakże uczestnikiem ubezpieczenia pod warunkiem, że główny ubezpieczony, z tytułu ubezpieczenia się którego uzyskał prawo do ubezpieczenia objęty jest grupowym ubezpieczeniem u Zamawiającego - zakończenie uczestnictwa w grupowym ubezpieczeniu głównego ubezpieczonego powoduje automatyczne wygaśnięcie umowy członka rodziny.
- 3.2.2. pełną, 24 godzinną odpowiedzialność bez ograniczeń terytorialnych (zakres terytorialny: Świat)
- 3.2.3. zachowanie praw nabytych w dotychczasowej umowie ubezpieczenia - w odniesieniu do danego ubezpieczonego Wykonawca odpowiada za skutki stanów chorobowych lub wypadków, powstałych lub stwierdzonych przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z zastrzeżeniem, że przed przystąpieniem do umowy zawartej pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcą ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie innej umowy ubezpieczenia u zamawiającego z zachowaniem ciągłości ochrony. Powyższy zapis stosuje się do tych ryzyk, które stanowią kontynuację w ramach umowy z Wykonawcą. Zasada stosowania ciągłości odnosi się do ubezpieczonych (pracowników i członków rodzin) z tytułu innej umowy u zamawiającego i dotyczy zdarzeń, których przebieg ma charakter ciągły, w przypadku których odpowiedzialność kończy się wraz z końcem umowy z dotychczasowym ubezpieczycielem.
- 3.2.4. zniesienie ograniczeń czasowych warunkujących wypłatę świadczenia, co oznacza, że świadczenie należne jest bez względu na okres jaki upłynął od dnia powstania skutków a dniem wystąpienia zdarzenia, które te skutki spowodowało, z zastrzeżeniem powszechnie obowiązujących przepisów prawa, w tym przepisów dotyczących przedawnienia roszczeń.
- 3.2.5. niezmienność warunków w całym okresie ubezpieczenia niezależnie od wieku osób ubezpieczonych.
- ~~3.2.6. brak zapisów szczególnych prowadzących do ograniczenia odpowiedzialności poza zakres wynikający z zapisów SIWZ za wyjątkiem zapisów powszechnie i standardowo stosowanych na rynku w umowach tego rodzaju.~~

4. OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

- 4.1. Umowa zostanie zawarta na okres 4 lat.
- 4.2. Realizacja umowy (ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy) rozpocznie się od pierwszego dnia miesiąca następującego po upływie jednego miesiąca od daty jej zawarcia i trwać będzie przez kolejnych 48 miesięcy kalendarzowych, z zastrzeżeniem postanowień dotyczących partycypacji.
- 4.3. Okres ubezpieczenia rozpoczyna się z pierwszym dniem miesiąca następującego po dniu złożenia deklaracji przystąpienia, nie wcześniej niż od pierwszego dnia ochrony wynikającej z umowy (pkt. 4.2.). Ubezpieczony może także wskazać w deklaracji późniejszy termin rozpoczęcia ochrony, przypadający na początek miesiąca kalendarzowego.
- 4.4. W przypadku, gdy ubezpieczony dotychczas objęty ubezpieczeniem w ramach innej funkcjonującej u zamawiającego umowy grupowego ubezpieczenia na życie przystępuje do ubezpieczenia, zachowuje ciągłość ubezpieczenia, chyba że składając deklarację przystąpienia wskaże jako początek ubezpieczenia początek miesiąca następującego po dacie złożenia deklaracji przystąpienia lub wskaże inny termin, przypadający na początek miesiąca kalendarzowego przypadającego po dacie złożenia deklaracji.
- 4.5. Okres realizacji zamówienia odnosi się do okresów ubezpieczenia i nie wpływa na pozostałe postanowienia umowy ubezpieczenia, w szczególności nie ogranicza prawa dochodzenia roszczeń oraz obowiązku realizacji świadczeń z tych umów ubezpieczenia po zakończeniu okresu ubezpieczenia, jeśli wynika to z treści umowy.

- 4.6. Wykonawcy przysługuje prawo odstąpienia od umowy z uwagi na wysoki poziom szkodowości, z zastrzeżeniem, że uprawnienie do złożenia oświadczenia o odstąpieniu od Umowy przysługuje na trzy miesiące przed upływem drugiego lub trzeciego roku polisowego tj. najpóźniej z końcem dziewiątego miesiąca trwania kolejnego rocznego okresu.
- 4.7. Wykonawca ma prawo do odstąpienia od Umowy poprzez złożenie stosownego oświadczenia w przypadku, gdy poziom wskaźnika szkodowości w okresie obliczeniowym przekroczy 70%, przy czym **wskaźnik szkodowości = (świadczenia wypłacone + rezerwy) / składka przypisana brutto przypadająca na okres obliczeniowy**
- 4.8. W przypadku odstąpienia od umowy na trzy miesiące przed końcem drugiego roku trwania umowy, okres obliczeniowy obejmuje szkodowość za 20 miesięcy licząc od pierwszego dnia trwania umowy, a w przypadku odstąpienia na trzy miesiące przed końcem trzeciego roku 32 miesiące licząc od pierwszego dnia jej trwania.
- 4.9. W przypadku, gdy o prawie odstąpienia Wykonawcy od przedłużenia Umowy ubezpieczenia decydować będzie kwota rezerw, Zamawiający zastrzega możliwość weryfikacji rezerw oraz prawo żądania od Wykonawcy wyjaśnień dotyczących ich utworzenia i wysokości.
- 4.10. Z pominięciem danych osobowych pozwalających na identyfikację ubezpieczonego, do oświadczenia o odstąpieniu od Umowy wykonawca załącza zestawienie wypłaconych świadczeń oraz świadczeń w trakcie likwidacji; wykonawca podaje co najmniej numer szkody, numer polisy, przyczynę szkody, datę szkody, wysokość wypłaconego odszkodowania i/lub utworzonej rezerwy,
- 4.11. Oświadczenie niespełniające powyższych wymogów uważa się za nieskuteczne.
- 4.12. Na zapytanie zamawiającego, wykonawca przedłoży w ciągu 14 dni informację, o wskaźniku szkodowości o którym mowa w pkt. 4.7. na wskazany koniec miesiąca przypadającego przed złożeniem zapytania, w razie takiego żądania zamawiającego (nie częściej niż w odstępie 6 miesięcy) także wykaz o którym mowa w pkt. 4.10.
- 4.13. Zamawiający zastrzega prawo odstąpienia od umowy w przypadku, gdy liczba deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia złożonych do końca trzeciego miesiąca trwania umowy nie przekroczy minimum partycypacyjnego. Dla każdego pakietu podstawowego minimalny poziom partycypacji (minimalna liczba ubezpieczonych pracowników) wynosi 100 osób. Nie stosuje się limitów partycypacyjnych dla pakietów dodatkowych; Zamawiający nie gwarantuje osiągnięcia minimum partycypacyjnego.
- 4.14. Składając oświadczenie o odstąpieniu od umowy Zamawiający wskazuje termin jej wygaśnięcia przypadający na koniec wskazanego miesiąca kalendarzowego, jednak nie późniejszy niż ostatni dzień szóstego miesiąca od daty podpisania umowy.
- 4.15. Nie stosuje się limitów partycypacyjnych w odniesieniu do członków rodzin pracowników.
- 4.16. W przypadku odstąpienia od umowy Wykonawcy przysługuje wynagrodzenie za czas udzielanej ochrony stosownie do liczby ubezpieczonych w poszczególnych wariantach i pakietach.
- 4.17. W przypadku, gdy w trakcie realizacji umowy liczba ubezpieczonych spadnie poniżej minimum partycypacyjnego umowa nie ulega rozwiązaniu ani nie następują zmiany w warunkach umowy.

5. RODZAJE ŚWIADCZEŃ I ICH WYSOKOŚĆ

- 5.1. **Tabela 1** określa wykaz świadczeń oraz ich wysokość dla pakietów podstawowych (warianty 1, 2 i 3 odpowiednio dla części 1, 2 i 3 zamówienia). Oferowana przez Wykonawcę wysokość sum ubezpieczenia/świadczeń stanowi podstawę oceny ofert w kryterium „wysokość świadczeń”.
 1. **Kolumna A** – numery kolejne świadczeń; numeracja ta stanowi podstawę opisu świadczeń do tabeli
 2. **Kolumna B** – nazwy skrócone świadczeń; w nawiasach oznaczenia pomocnicze dla świadczeń podstawowych (P) oraz dodatkowych (D) stanowiących uzupełnienie świadczenia podstawowego. Numery kolejne po oznaczeniach P i D identyfikują grupę ryzyka, w ramach której świadczenia są sumowane, tj. świadczenia dodatkowe (D) stanowią zależnie od okoliczności uzupełnienie świadczenia z oznaczeniem P o analogicznym oznaczeniu liczbowym.

3. **Kolumny C, I, O** – minimalna dopuszczalna suma ubezpieczenia/wysokość świadczenia odpowiednio dla wariantów 1,2 i 3 dla danego ryzyka.
4. **Kolumny D, J, P** – maksymalna punktowana suma ubezpieczenia/wysokość świadczenia odpowiednio dla wariantów 1,2 i 3 dla danego ryzyka
5. **Kolumny:**
 - **E, F, G, H**
 - **K, L, M, N**
 - **R, S, T, U**

opisują sposób punktacji oferowanych sum ubezpieczenia/wysokości świadczeń, tj.:
6. **Kolumny E, K, R** – wielkość kroku, część kwoty przewyższającej wysokość świadczenia minimalnego stanowiąca podstawę przyznania liczby punktów przewidzianej dla tego świadczenia.
7. **Kolumny F, L, S** – liczba punktów za krok; ilość punktów za każdą pełną kwotę (krok), o którą oferowana wysokość świadczenia przewyższa kwotę minimalną.
8. **Kolumny G, M, T** – ilość punktowanych kroków – liczba kroków, za którą przyznawane są punkty. Liczba punktów określona została na podstawie znaczenia danego świadczenia dla Zamawiającego oraz prawdopodobieństwa zajścia danego zdarzenia.
9. **Kolumny H, N, U** – maksymalna ilość punktów dla danego świadczenia; stanowi iloczyn liczby punktowanych kroków i liczby punktów za pojedynczy krok.

Wysokość świadczeń dla każdego wariantu punktowana jest osobno na następujących zasadach:

- 5.1.1. oferta nie może przewidywać sumy ubezpieczenia/świadczenia poniżej kwoty minimalnej; w przypadku, gdy oferta zawierać będzie kwotę świadczenia niższą niż minimalna Zamawiający przyjmie, że Wykonawca zaoferował kwotę równą minimalnej i taka przyjęta zostanie do oceny ofert.
- 5.1.2. oferta może przewidywać sumy ubezpieczenia/świadczenia wyższe niż maksymalne punktowane, przy czym do oceny ofert przyjęta będzie kwota równa maksymalnej punktowanej.
- 5.1.3. Wykonawca może zaoferować świadczenia wg innego schematu tj. wysokość świadczeń jak i liczba punktowanych kroków wynikających z oferowanej wysokości danego świadczenia może być inna dla tego świadczenia w ramach każdego wariantu.
- 5.1.4. wysokość niektórych świadczeń jest powiązana ze sobą. Powiązania mogą dotyczyć zarówno świadczeń pokrewnych Dodatkowych (D) z podstawowymi (P)) jak i świadczeń o charakterze odrębnym (podstawowego z podstawowym). Świadczenia, których wysokość uzależniona jest od świadczeń podstawowych (P) posiadają odpowiednio opisany współczynnik określający jaką część lub krotność świadczenia podstawowego stanowi dane świadczenie dodatkowe. Punktacja świadczeń oznaczonych literami P i D oraz taką samą liczbą jest wspólna. Wysokość (proporcja) świadczeń dodatkowych w odniesieniu do świadczeń podstawowych nie podlega zmianie.
- 5.1.5. podane wysokości świadczeń określone są dla każdej okoliczności stanowiącej podstawę wypłaty świadczenia i podlegają sumowaniu.
- 5.1.6. łączna maksymalna ilość punktów dla każdej części zamówienia wynosi 1 000. Liczba punktów w ramach każdej z nich podzielona przez 40 stanowi liczbę punktów, którą otrzyma oferta Wykonawcy w kryterium „wysokość świadczeń” z tytułu zaoferowania danego pakietu podstawowego. Maksymalna liczba punktów wynikowych dla każdej części zamówienia wynosi 25.

5.2. WARUNKI UBEZPIECZENIA

Opis świadczeń do tabeli 1 zawiera dodatkowe opcje punktowane, fakultatywne, rozszerzające definicje lub wykaz świadczeń objętych ubezpieczeniem stanowiące podstawę punktacji w kryterium oceny ofert „warunki ubezpieczenia”. Łączna, maksymalna liczba punktów do uzyskania z tytułu ich akceptacji wynosi 100, co biorąc pod uwagę, że waga kryterium oceny ofert „warunki ubezpieczenia” wynosi 10% oznacza, że liczba punktów uzyskana przez Wykonawcę z tytułu akceptacji warunków podzielona przez 10, stanowić będzie liczbę punktów procentowych uzyskanych przez Wykonawcę w kryterium „warunki ubezpieczenia”.

Opcje dodatkowe dotyczą następujących rozwiązań:

- a. **WARUNEK NR 1** - rozszerzenie definicji dziecka dla celów świadczenia z tytułu zgonu dziecka i zgonu dziecka w wyniku wypadku znoszącego ograniczenie wiekowe dziecka, którego zgonu świadczenie dotyczy (świadczenie P6, P7) – 10 pkt.

Warunek nr 1 odnosi się do wariantu 3 pakietów podstawowych (dla wariantów 1 i 2 ryzyko dziecka zostało wyłączone) oraz pakietu nr 3 „dziecko ubezpieczonego” w ramach fakultatywnych pakietów dodatkowych, co oznacza, że dodatkowa punktacja zostanie przyznana Wykonawcy wyłącznie w przypadku zaoferowania powyższego wariantu i/ lub pakietu dodatkowego.

- b. **WARUNEK NR 2** - podwyższenie do 30 dni lub zniesienie 14 dniowego limitu dla podwyższonych świadczeń z tytułu pobytu w szpitalu na skutek nieszczęśliwego wypadku, zawału serca lub udaru mózgu.

punktacja:

podniesienie limitu do 30 dni – **5 pkt.**;

zniesienie limitu – **10 pkt.**

- c. **WARUNEK NR 3** - rozszerzenie definicji szpitala dla ryzyka leczenia szpitalnego o ośrodki rehabilitacyjne – 5 pkt.

WARUNEK NR 4 - rozszerzenie zakresu ryzyka poważnego zachorowania o dodatkowe choroby – 26 stanów chorobowych, każda z pozycji punktowana 1, 2 lub 3 pkt. zgodnie z opisem dla danego świadczenia; łącznie 56 pkt.

- d. **WARUNEK NR 5** - objęcie ochroną w ramach ryzyka leczenia specjalistycznego dodatkowych terapii

rozszerzenie zakresu ryzyka leczenia specjalistycznego - 2 procedury; każda z pozycji punktowana 2 pkt. zgodnie z opisem dla danego świadczenia; łącznie **4 pkt.**

- e. **WARUNEK NR 6** – wprowadzenie ryzyka „koszty produktów aptecznych”
punktacja – **10 pkt.**

Tabela nr 1

A		SU/ świadczenie jako % SU		Część 1 – wariant 1			Część 2 – wariant 2			Część 3 – wariant 3										
				warunki punktacji			warunki punktacji			warunki punktacji										
				MIN.	MAX.	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	R	S	T
Pakiety podstawowe																				
1.	P1.A	55 000	60 000	200	12	25	300	45 000	60 000	200	4	75	300	30 000	40 000	200	6	50	300	
a.	D1	+140% kwoty P1.A						+100% kwoty P1.A						+100% kwoty P1.A						
2.	P1.B	dodatkowe okoliczności zgonu ubezpieczonego:																		
a.	D1	+100% kwoty P1.A						+100% kwoty P1.A						+50% kwoty P1.A						
b.	D1	+230% kwoty P1.A						+230% kwoty P1.A						+100% kwoty P1.A						
c.	D1	+270% kwoty P1.A						+270% kwoty P1.A						+100% kwoty P1.A						
3.	P2	25 000	30 000	200	2	25	50	20 000	25 000	200	2	25	50	15 000	20 000	200	2	25	50	
a.	D2	+100% kwoty P2						+100% kwoty P2						+50% kwoty P2						
4.	P3	2 500	3 000	20	6	25	150	2 500	3 000	20	6	25	150	1 500	2 000	20	4	25	100	
5.	P4	zgon rodziców ubezpieczonego/ rodziców współmałżonka																		
a.	D1	+100% kwoty P4						+100% kwoty P4						+50% kwoty P4						
6.	P5	urodzenie się dziecka ubezpieczonego																		
a.	D1	+100% kwoty P5						+100% kwoty P5						+50% kwoty P5						
7.	P6	urodzenie się martwego dziecka ubezpieczonego																		
a.	D1	+100% kwoty P6						+100% kwoty P6						+50% kwoty P6						
8.	P7	zgon dziecka ubezpieczonego																		
a.	D1	+100% kwoty P7						+100% kwoty P7						+50% kwoty P7						
9.	P8	500	600	5	10	20	200	600	700	5	10	20	200	400	500	5	10	20	200	
a.	D1	100% kwoty P8						100% kwoty P8						100% kwoty P8						
b.	D1	100% kwoty P8						100% kwoty P8						100% kwoty P8						
10.	P9	90	110	2	10	10	100	90	110	2	10	10	100	70	90	2	10	10	100	
a.	D1	+100% kwoty P9						+100% kwoty P9						+100% kwoty P9						
b.	D1	+150% kwoty P9						+150% kwoty P9						+150% kwoty P9						
c.	D1	+240% kwoty P9						+240% kwoty P9						+200% kwoty P9						
d.	D1	+240% kwoty P9						+240% kwoty P9						+200% kwoty P9						
e.	D1	50% kwoty P9						50% kwoty P9						50% kwoty P9						
f.	D1	1 000% kwoty P9						1 000% kwoty P9						1 000% kwoty P9						
11.	P10	5 000	6 000	200	20	5	100	6 000	7 000	200	20	5	100	3 000	5 000	200	5	10	50	
a.	D1	+100% kwoty P10						+100% kwoty P10						+100% kwoty P10						
b.	D1	+150% kwoty P10						+150% kwoty P10						+150% kwoty P10						
c.	D1	+240% kwoty P10						+240% kwoty P10						+200% kwoty P10						
d.	D1	+240% kwoty P10						+240% kwoty P10						+200% kwoty P10						
e.	D1	50% kwoty P10						50% kwoty P10						50% kwoty P10						
f.	D1	1 000% kwoty P10						1 000% kwoty P10						1 000% kwoty P10						
12.	P11	2 500	3 000	100	10	5	50	3 000	3 500	100	10	5	50	3 000	5 000	200	5	10	50	
a.	D1	+100% kwoty P11						+100% kwoty P11						+100% kwoty P11						
b.	D1	+150% kwoty P11						+150% kwoty P11						+150% kwoty P11						
c.	D1	+240% kwoty P11						+240% kwoty P11						+200% kwoty P11						
d.	D1	+240% kwoty P11						+240% kwoty P11						+200% kwoty P11						
e.	D1	50% kwoty P11						50% kwoty P11						50% kwoty P11						
f.	D1	1 000% kwoty P11						1 000% kwoty P11						1 000% kwoty P11						
13.	P12	2 000	3 000	200	10	5	50	4 000	5 000	200	10	5	50	1 500	2 000	100	10	5	50	
a.	D1	+100% kwoty P12						+100% kwoty P12						+100% kwoty P12						
b.	D1	+150% kwoty P12						+150% kwoty P12						+150% kwoty P12						
c.	D1	+240% kwoty P12						+240% kwoty P12						+200% kwoty P12						
d.	D1	+240% kwoty P12						+240% kwoty P12						+200% kwoty P12						
e.	D1	50% kwoty P12						50% kwoty P12						50% kwoty P12						
f.	D1	1 000% kwoty P12						1 000% kwoty P12						1 000% kwoty P12						
14.	P13	2 000	3 000	200	10	5	50	4 000	5 000	200	10	5	50	1 500	2 000	100	10	5	50	
a.	D1	+100% kwoty P13						+100% kwoty P13						+100% kwoty P13						
b.	D1	+150% kwoty P13						+150% kwoty P13						+150% kwoty P13						
c.	D1	+240% kwoty P13						+240% kwoty P13						+200% kwoty P13						
d.	D1	+240% kwoty P13						+240% kwoty P13						+200% kwoty P13						
e.	D1	50% kwoty P13						50% kwoty P13						50% kwoty P13						
f.	D1	1 000% kwoty P13						1 000% kwoty P13						1 000% kwoty P13						

5.3. OPIS SPOSOBU WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

Wypłata świadczenia z tytułu dowolnego ryzyka nie skutkuje pomniejszeniem jakiegokolwiek innego, będącego podstawą do wypłaty świadczenia należnego ubezpieczonemu, uposażonym lub uprawnionym, nawet jeżeli jego przyczyną było to samo zdarzenie.

Numeracja opisów odnośna do numeracji pozycji w tabeli 1.

5.3.1. ZGON UBEZPIECZONEGO (P1.A)

W przypadku zgonu ubezpieczonego, świadczenie podstawowe na rzecz osób uposażonych wynosi 100% sumy ubezpieczenia. W przypadku, gdy zgon ubezpieczonego spowodowany został wypadkiem (D1) wypłacane świadczenie ulega podwyższeniu, tj. okoliczność, że zgon został spowodowany wypadkiem jest podstawą do wypłaty dodatkowego świadczenia w wysokości:

- 140% świadczenia podstawowego dla wariantu 1
- 100% świadczenia podstawowego dla wariantu 2 i 3

5.3.2. DODATKOWE OKOLICZNOŚCI/PRZYCZYNY ZGONU (P1.B)

W przypadku, gdy zgon nastąpił na skutek lub w związku z niżej wymienionymi dodatkowymi okolicznościami świadczenie z tytułu zgonu (także w przypadku, gdy objęte jest dodatkowym świadczeniem z tytułu zgonu spowodowanego wypadkiem) ulega powiększeniu z tytułu każdej z poniższych okoliczności (świadczenia podlegają sumowaniu):

- a. zgonu ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu – dodatkowe świadczenie w wysokości:
 - 100% kwoty P1.A dla wariantów 1 i 2
 - 50% kwoty P1.A dla wariantu 3
- b. zgonu ubezpieczonego spowodowany wypadkiem komunikacyjnym – dodatkowe świadczenie w wysokości:
 - 230% kwoty P1.A dla wariantów 1 i 2
 - 100% kwoty P1.A dla wariantu 3
- c. zgonu ubezpieczonego spowodowany wypadkiem przy pracy – dodatkowe świadczenie w wysokości:
 - 270% kwoty P1.A dla wariantów 1 i 2
 - 100% kwoty P1.A dla wariantu 3

W przypadku zgonu, na skutek wypadku komunikacyjnego w pracy należne jest świadczenie z obu tytułów.

Przykład 1:

Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego w pracy ubezpieczonego dla wariantu 3.

Założenie: Wykonawca zaoferował sumę ubezpieczenia dla świadczenia podstawowego z tytułu zgonu ubezpieczonego (P1.A) w wysokości 40 000 zł.

Świadczenie łączne na rzecz osób uposażonych wyniesie **160 000 zł** i obejmie świadczenie podstawowe z tytułu zgonu w wysokości **40 000 zł** powiększone o:

- świadczenie dodatkowe z tytułu zgonu spowodowanego wypadkiem - **40 000 zł** oraz
- świadczenia z tytułu wypadku komunikacyjnego – **40 000 zł** i wypadku przy pracy – **40 000 zł**.

Przykład 2:

Zgon na skutek zawału serca ubezpieczonego dla wariantu 3.

Założenie: Wykonawca zaoferował sumy ubezpieczenia w wysokości **40 000 zł** dla świadczenia podstawowego (P1.A). Świadczenie łączne na rzecz osób uposażonych wyniesie **60 000 zł** i

obejmie świadczenie podstawowe z tytułu zgonu ubezpieczonego oraz świadczenie uzupełniające z

tytułu zwału serca jako przyczyny zgonu.

5.3.3. ZGON WSPÓŁMAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO (P2)

Świadczenie przysługuje ubezpieczonemu z tytułu zgonu współmałżonka rozumianego jako osoba pozostająca z ubezpieczonym w związku formalnym, przy czym współmałżonek i partner (bez względu na jego płeć) rozumiani są równorzędnie.

- a. Świadczenie podstawowe z tytułu zgonu współmałżonka bez względu na przyczynę - 100% sumy ubezpieczenia
- b. Świadczenie dodatkowe (powiększające świadczenie podstawowe) z tytułu zgonu współmałżonka na skutek wypadku
 - 100% świadczenia z tytułu zgonu współmałżonka P2 dla wariantów 1 i 2
 - 50% świadczenia z tytułu zgonu współmałżonka P2 dla wariantu 3

5.3.4. ZGON RODZICÓW UBEZPIECZONEGO LUB RODZICÓW WSPÓŁMAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO (P3)

W przypadku zgonu jednego z rodziców ubezpieczonego lub współmałżonka ubezpieczonego Wykonawca wypłaca ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia P3, przy czym dla celów niniejszego świadczenia za rodzica uważa się rodzica w rozumieniu Kodeksu cywilnego i opiekuńczego, a także ojczyma lub macochę ubezpieczonego, o ile nie żyje ojciec lub matka ubezpieczonego. Za rodzica ubezpieczonego/ rodzica małżonka uważa się również partnera rodzica ubezpieczonego/ partnera rodzica małżonka ubezpieczonego. Świadczenie należne jest odrębnie z tytułu zgonu każdego rodzica, rodzica współmałżonka ubezpieczonego.

5.3.5. URODZENIE SIĘ DZIECKA UBEZPIECZONEMU (P4)

Z tytułu urodzenia się dziecka w rozumieniu przepisów dotyczących porodów i urodzeń świadczenie podstawowe wynosi równowartość (100%) sumy ubezpieczenia, tj. kwoty zadeklarowanej w ofercie przez Wykonawcę dla danego wariantu pod warunkiem, że urodzenie zostało zarejestrowane.

5.3.6. URODZENIE SIĘ MARTWEGO DZIECKA (P5)

Z tytułu urodzenia się dziecka martwego świadczenie stanowi dwukrotność (200%) sumy ubezpieczenia określonej dla ryzyka urodzenia się dziecka (P4). Świadczenie jest samodzielne - nie ma charakteru dodatkowego w stosunku do świadczenia z tytułu urodzenia się dziecka - nie powiększa i nie jest powiększane innym świadczeniem a powiązanie wysokości świadczeń ma charakter wyłącznie kalkulacyjny.

5.3.7. ZGON DZIECKA UBEZPIECZONEGO (P6)

Świadczenie z tytułu zgonu dziecka jest świadczeniem samodzielnym - nie jest świadczeniem dodatkowym ani uzupełniającym, a powiązanie ze świadczeniem z tytułu urodzenia dziecka ma charakter wyłącznie kalkulacyjny. Świadczenie stanowi trzykrotność (300%) sumy ubezpieczenia określonej dla ryzyka urodzenia się dziecka przy czym dziecko rozumiane wskazane przez ubezpieczonego własne lub przysposobione, a także dziecko partnera, pozostające pod władzą rodzicielską w wieku do 25 roku życia.

5.3.8. ZGON DZIECKA UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU (P7)

Z tytułu zgonu dziecka spowodowanego wypadkiem należne świadczenie stanowi 600% sumy ubezpieczenia określonej dla ryzyka urodzenia się dziecka

WARUNEK NR 1

Rozszerzenie definicji dziecka dla celu świadczenia z tytułu zgonu dziecka i zgonu dziecka w wyniku wypadku.

Definicja dodatkowo punktowana:

DZIECKO - wskazane przez ubezpieczonego własne lub przysposobione bez względu na wiek.

Punktacja : 10 punktów.

5.3.9. TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO (P8, P9)

Podane w tabeli kwoty określają wysokość świadczenia przypadającą na każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego.

- a. wypadkiem (P8),
- b. zawałem serca lub udarem mózgu (P9)

Świadczenie wypłacane ubezpieczonemu stanowi iloczyn zadeklarowanej przez Wykonawcę kwoty świadczenia i procentowo określonego stopnia uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.

Zastrzeżenia szczególne dla ryzyka:

- a. Świadczenie spowodowane wypadkiem oraz świadczenie spowodowane zawałem serca lub udarem mózgu stanowią odrębne świadczenia, przy czym dla celów niniejszej SIWZ ujednociono kwoty tych świadczeń z zastrzeżeniem następujących warunków dodatkowych:
- b. Brak progów odpowiedzialności w odniesieniu do danego ubezpieczonego - świadczenie należne jest począwszy od 1% za każdy % trwałego uszczerbku. Limit odpowiedzialności z tytułu trwałego uszczerbku spowodowanego danym wypadkiem nie może być niższy niż równowartość świadczenia z tytułu 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu (100 krotność świadczenia określonego dla ryzyka),
- c. zakres ubezpieczenia ma charakter otwarty, co oznacza, że w sytuacji nieprzewidzianej w standardowo stosowanej tabeli uszczerbków na zdrowiu lub jego braku, Wykonawca przeprowadzi każdorazowo indywidualną ocenę celem określenia stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, stopień trwałego uszczerbku Wykonawca określi po zakończonym leczeniu i rehabilitacji ubezpieczonego, nie później jednak niż przed upływem 24 miesiąca od daty zdarzenia, z zastrzeżeniem, że przewiduje się wypłatę kwoty bezspornej w przypadku, gdy upłynęły co najmniej 6 miesięcy od daty wypadku zdarzenia stanowiącego podstawę odpowiedzialności Wykonawcy, a proces leczenia lub rehabilitacji nie zostały zakończone.

5.3.10. LECZENIE SZPITALNE UBEZPIECZONEGO (P10)

Z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu Wykonawca wypłaca ubezpieczonemu świadczenie w kwotach wskazanych w Tabeli 1, za każdy dzień pobytu w szpitalu, przy czym świadczenie podstawowe (P10) podlega rozszerzeniu z tytułu każdej okoliczności stanowiącej podstawę/przyczynę pobytu w szpitalu, tj:

- a. zawał serca, udar mózgu w rozumieniu definicji wskazanych w pkt. I.2. – dla wszystkich wariantów należne dodatkowe świadczenie wynosi **100%** świadczenia podstawowego
- b. wypadek – dla wszystkich wariantów należne świadczenie dodatkowe wynosi **150%** świadczenia podstawowego,
- c. wypadek komunikacyjny – należne świadczenie dodatkowe wynosi:
 - **240%** świadczenia podstawowego dla wariantów 1 i 2,
 - **200%** świadczenia podstawowego dla wariantów 3,
- d. wypadek przy pracy – należne świadczenie dodatkowe wynosi:
 - **240%** świadczenia podstawowego dla wariantów 1 i 2,
 - **200%** świadczenia podstawowego dla wariantów 3,

Świadczenia dodatkowe opisane w pkt. a, b, c i d wypłacane są do 14 dnia pobytu w szpitalu łącznie.

Zastrzeżenia szczególne:

- 1. świadczenie należne jest za każdy dzień pobytu w szpitalu z zastrzeżeniem postanowień dotyczących karencji,
- 2. pobyt z przerwą trwającą krócej niż dobę jest traktowany jako nieprzerwany,

3. dopuszczalny maksymalny okres pobytu ubezpieczonego w szpitalu nieobjęty świadczeniem wynosi **1 dzień w przypadku zdarzeń wypadkowych i 2 dni dla zdarzeń o charakterze chorobowym**. Pobyty dłuższe objęte są świadczeniem za cały okres (od pierwszego dnia), minimalny dopuszczalny graniczny okres odpowiedzialności w ciągu 12 miesięcy w odniesieniu do danego ubezpieczonego wynosi **180 dni**,
4. w ramach ryzyka Wykonawca przejmuje odpowiedzialność za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany leczeniem dyskopatii, zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, chorób zwyrodnieniowych stawów, reumatoidalnego zapalenia stawów oraz chorób stawu kolanowego. Dla celów niniejszego ubezpieczenia szpitalem jest działający zgodnie z odpowiednimi przepisami państwowy lub niepaństwowy zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; dopuszcza się wyłączenie odpowiedzialności z tytułu pobytu w szpitalu z powodu zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień.

Przykład: Zadeklarowana kwota świadczenia – maksymalna dla wariantu 3 wynosi 90 zł;
Pobyt w szpitalu na skutek wypadku komunikacyjnego w pracy trwający 18 dni.

W okresie pierwszych 14 dni świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu stanowi sumę:

- kwoty podstawowej (P10) - **90 zł** oraz
- świadczenia dodatkowego z tytułu wypadku - **135 zł**,
- świadczenia dodatkowego z tytułu wypadku komunikacyjnego - **45 zł** i wypadku w pracy - **45 zł**

Dzienne świadczenie należne za pobyt w pierwszych 14 dniach leczenia wyniesie 315 zł, czyli 4 410 zł za 14 dni. W okresie od 15 do 18 dnia świadczenie obejmie wyłącznie świadczenie podstawowe i wyniesie 4 x 90 zł, tj. 360 zł. Świadczenie łączne wyniesie 4 770 zł.

WARUNEK NR 2

Podwyższenie do 30 dni lub zniesienie 14 dniowego limitu dla podwyższonych świadczeń z tytułu pobytu w szpitalu na skutek nieszczęśliwego wypadku, zawału serca lub udaru mózgu.

Świadczenie w zadeklarowanym okresie będzie analogiczne jak w okresie pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu.

Punktacja:

1. podwyższenie limitu do 30 dni: **5 pkt.**
2. zniesienie limitu, za zachowaniem ogólnego limitu 180 dni: **10 pkt.**

Rozszerzenia stosowane alternatywnie

Punktacja maksymalna: 15 pkt.

WARUNEK NR 3

1. rozszerzenie definicji szpitala dla ryzyka leczenia szpitalnego o ośrodki rehabilitacyjne
2. rozszerzenie definicji szpitala o pobyt ubezpieczonego w ośrodkach, szpitalach rehabilitacyjnych; definicja obejmuje również pobyt na oddziałach rehabilitacyjnych.

Punktacja: 5 pkt.

5.3.11. REKONWALESCENCJA POSZPITALNA UBEZPIECZONEGO

Świadczenie z tytułu rekonwalescencji po pobycie w szpitalu wynosi 50% dziennej stawki podstawowej określonej dla pobytu ubezpieczonego w szpitalu (P10), przy czym: świadczenie należne jest bez względu na przyczynę pobytu ubezpieczonego w szpitalu (wypadek, choroba) z zastrzeżeniem, że:

1. wysokość dziennego świadczenia jest jednakowa niezależnie od przyczyny leczenia szpitalnego ubezpieczonego,

2. prawo do świadczenia przysługuje pod warunkiem, że zwolnienie lekarskie wydane zostało przez szpital, w którym przebiegło leczenie ubezpieczonego
3. świadczenie jest należne pod warunkiem, że zwolnienie lekarskie odnosi się do okresu następującego bezpośrednio po zakończeniu pobytu w szpitalu
4. minimalny okres pobytu w szpitalu ubezpieczonego uprawniający do świadczenia z tytułu rekonwalescencji wynosi 14 dni,
5. maksymalna odpowiedzialność wykonawcy w stosunku do danego ubezpieczonego w okresie 12 miesięcy wynosi 30 dni

5.3.12. POBYT UBEZPIECZONEGO NA ODDZIALE INTENSYWNEJ TERAPII (OIT)

Z tytułu pobytu na Oddziale Intensywnej Terapii ubezpieczonemu przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości dziesięciokrotności (1 000%) podstawowego dziennego świadczenia określonego dla leczenia szpitalnego ubezpieczonego (P10); niezależne od wypłaconego świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu. Za równorzędne uznaje się świadczenie dodatkowe za każdy dzień pobytu ubezpieczonego na Oddziale Intensywnej Terapii wynoszące dwukrotność (200%) świadczenia podstawowego w takim przypadku minimalny okres odpowiedzialności wynosi 5 dni z następującymi zastrzeżeniami poniższego.

- 1) Wykonawca ponosi odpowiedzialność za pobyt ubezpieczonego na OIT niezależnie od przyczyny (skutki wypadków i chorób),
- 2) Wykonawca ponosi odpowiedzialność z tytułu każdego pobytu ubezpieczonego na OIT bez względu na czas jego trwania, pod warunkiem, że pobyt na OIT trwał 24 godziny, a w razie braku możliwości wskazania godzin – pobyt, którego początek i koniec przypadają w różnych dniach (datach dziennych).

Dla celów niniejszego ubezpieczenia za OIT (Oddział Intensywnej Terapii) uważa się wydzielony Oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzeni w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia. Za OIT uważa się również OIOM (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej) oraz OIOK (Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej) lub inny o podobnym charakterze.

5.3.13. POWAŻNE ZACHOROWANIE (P11)

Świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania wynosi 100% sumy ubezpieczenia (P11). Obligatoryjny zakres ubezpieczenia obejmuje następujące ryzyka: anemia aplastyczna, chirurgiczne leczenie naczyń wieńcowych (by – pass), choroba Creutzfelda – Jakoba, intensywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie, niewydolność nerek, nowotwór złośliwy, ropień mózgu, sepsa, tężec, udar mózgu, wścieklizna, zakażenie wirusem HIV jako powikłania transfuzji krwi u osób nie chorujących na hemofilię, zakażenie wirusem HIV podczas wykonywania obowiązków zawodowych, zawał serca.

WARUNEK NR 4

rozszerzenie zakresu ryzyka poważnego zachorowania o dodatkowe choroby

Wykonawca może zadeklarować zastosowanie rozszerzeń zakresu w postaci wprowadzenia do umowy ubezpieczenia jednego lub więcej nieobjętych zakresem podstawowym stanów chorobowych spośród 26 wykazanych w tabeli nr 2.

1. w przypadku, gdy Wykonawca standardowo w ramach stosowanego wzorca umownego obejmuje ochroną dane rozszerzenie i deklaruje przyjęcie ochrony w tym zakresie zaznacza wybór rozszerzenia i otrzyma punkty z tytułu akceptacji rozszerzenia.
2. Wykonawca może otrzymać maksymalnie 56 dodatkowych punktów (każde ryzyko jest punktowane odrębnie),
3. wypłata z tytułu wystąpienia jednego z poważnych zachorowań nie wyłącza odpowiedzialności w odniesieniu do innego wchodzącego w zakres ubezpieczenia ryzyka.

4. dopuszcza się zastosowanie ograniczenia odpowiedzialności Wykonawcy polegające na jednorazowej wypłacie świadczenia z tytułu danego poważnego zachorowania, co oznacza, że wypłata świadczenia z tytułu danego poważnego zachorowania skutkuje wygaśnięciem odpowiedzialności Wykonawcy w stosunku do tego ryzyka.

Tabela nr 2 - warunek nr 4

	ryzyko	PUNKTACJA
1.	zapalenie wątroby typu B lub C	3
2.	przeszczep narządów	3
3.	paraliż	3
4.	utrata wzroku	2
5.	utrata mowy	2
6.	utrata słuchu	2
7.	utrata kończyn	2
8.	ciężkie oparzenia	2
9.	łagodny nowotwór mózgu	2
10.	oponiak	3
11.	śpiączka	2
12.	operacja aorty	2
13.	choroba Alzheimera	2
14.	operacje zastawek serca w tym również przeszczep zastawek	2
15.	stwardnienie rozsiane	3
16.	choroba Parkinsona	2
17.	zapalenie mózgu	3
18.	schyłkowa niewydolność oddechowa	2
19.	zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych	3
20.	zakażenie wirusem HIV, bez możliwości stwierdzenia przyczyny zakażenia	3
21.	borelioza	3
22.	gruźlica	2
23.	wada serca	3
24.	bąblowiec mózgu	1
25.	odkleszczowe zapalenie mózgu	1
26.	zgorzel gazowa	1
ŁĄCZNA MAKSYMALNA LICZBA PUNKTÓW		56

5.3.14. OPERACJE CHIRURGICZNE UBEZPIECZONEGO (P12)

Z tytułu operacji chirurgicznej Wykonawca wypłaci ubezpieczonemu świadczenie zależne od klasy przyporządkowanej do danej operacji, z zachowaniem następujących zasad:

1. Wykonawca załącza do oferty wykaz operacji chirurgicznych stanowiących podstawę wypłaty świadczenia,
2. łączna minimalna ilość zaoferowanych (wymienionych w katalogu) operacji chirurgicznych nie może być mniejsza niż 500 procedur; o ile liczba ta nie wynika z załączanego przez Wykonawcę do oferty wzorca umownego, Wykonawca zobowiązany jest załączyć wykaz, lub wykaz uzupełniający procedur stanowiących podstawę do wypłaty świadczenia,
3. rekomenduje się zastosowanie otwartego katalogu operacji zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Procedur Medycznych ICD9,
4. Wykonawca może dokonać podziału operacji na klasy determinujące wysokość świadczenia dla operacji poszczególnej klasy, przy czym operacjom najcięższym odpowiadać będzie świadczenie najwyższe,

- liczba klas operacji nie może przekraczać 5,
5. liczba operacji dla najniższej wysokości świadczenia nie może być większa niż 40% liczby procedur objętych świadczeniem,
 6. wysokość najwyższego świadczenia nie może być niższa niż 100% zaoferowanej sumy ubezpieczenia (P12)
 7. wysokość najniższego świadczenia nie może być niższa niż 20% zadeklarowanej sumy ubezpieczenia (P12),
 8. średnia wartość świadczenia przypadającego na pojedynczą procedurę nie może być niższa niż 25% zadeklarowanej kwoty (P12),
 9. świadczenie z tytułu operacji należne jest za sam fakt jej przeprowadzenia, bez względu na to czy operacja jest wynikiem wcześniejszej podjętego leczenia, zdiagnozowanego zachorowania lub innego zdarzenia,
 10. brak ograniczeń odpowiedzialności odnoszących się do rodzaju, ilości i częstotliwości w danym okresie ubezpieczenia, a także w trakcie jednego pobytu w szpitalu,
 11. w każdym rocznym okresie ubezpieczenia wykonawca wypłaci świadczenie maksymalnie za 3 operacje ubezpieczonego.
Limit ulega odnowieniu z początkiem kolejnego 12 – miesięcznego okresu odpowiedzialności w stosunku do danego ubezpieczonego.

5.3.15. LECZENIE SPECJALISTYCZNE UBEZPIECZONEGO (P13)

Wykonawca wypłaci ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia w przypadku z tytułu leczenia specjalistycznego obejmującego pierwszorazowe podanie leku lub pierwszorazowe przeprowadzenie zabiegu w odniesieniu do następujących procedur medycznych: chemioterapia albo radioterapia, terapia interferonowa w leczeniu przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C, wszczepienie kardiowertera/defibrylatora, wszczepienia rozrusznika serca, ablacja.

Zastrzeżenia szczególne do ryzyka:

- a. wypłata świadczenia jednego z ryzyk wchodzącego w zakres ubezpieczenia nie skutkuje brakiem odpowiedzialność w odniesieniu do innego ryzyka leczenia specjalistycznego,
- b. zasada pierwszorazowego podania leku, pierwszorazowego przeprowadzenia zabiegu dotyczy okresu obowiązywania umowy; bez ograniczeń liczby świadczeń z tytułu różnych procedur leczenia specjalistycznego objętych umową ubezpieczenia w ramach dwunastomiesięcznego okresu odpowiedzialności
- c. wypłata określonego świadczenia powoduje wygaśnięcie odpowiedzialności Wykonawcy w odniesieniu do tego ryzyka (terapii).

WARUNEK NR 5

objęcie ochroną z tytułu leczenia specjalistycznego dodatkowych terapii

Dodatkowo punktowane jest włączenie do ochrony następujących procedur ryzyk:

- terapia interferonowa w zakresie leczenia stwardnienia rozsianego - dodatkowe **2 punkty**
- dializoterapia w leczeniu niewydolności nerek - dodatkowe **2 punkty**;

W przypadku zastosowania rozszerzeń fakultatywnych Wykonawca może dodatkowo otrzymać **maksymalnie 4 punkty**.

5.3.16. **WARUNEK NR 6 - KOSZTY PRODUKTÓW APTECZNYCH**

Wykonawca zwróci ubezpieczonemu koszty zakupu produktów aptecznych (bez względu na rodzaj produktu) z zastrzeżeniem, że:

- a. świadczenie należne jest po pobycie ubezpieczonego w szpitalu objętym odpowiedzialnością,
- b. świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia należne jest 1 raz w okresie 12 miesięcy, suma ubezpieczenia ulega odnowieniu z początkiem kolejnego 12-

miesięcznego okresu ubezpieczenia.

- a. świadczenie należne jest w każdym dwunastomiesięcznym okresie odpowiedzialności do wyczerpania limitu dla danego ubezpieczonego,
- b. brak limitu wysokości świadczenia dla pojedynczego pobytu w szpitalu (możliwość realizacji 100% sumy ubezpieczenia jednorazowo),
- c. Ubezpieczony ma prawo do częściowego wykorzystania sumy ubezpieczenia w ramach dowolnej ilości zakupów z zastrzeżeniem sumy ubezpieczenia,
- d. realizacja świadczeń co najmniej jedna z następujących formy realizacji świadczenia:
 - forma bezgotówkowego odbioru produktów w aptece na podstawie wydanego przez Wykonawcę dokumentu honorowanego przez sieć aptek (w przypadku gdy jest to jedyna oferowana przez Wykonawcę forma Wykonawca zobowiązany jest zapewnić realizację świadczenia w co najmniej 10 placówkach na terenie Wrocławia) lub
 - forma zwrotu kosztów poniesionych przez ubezpieczonego z tytułu zakupu produktów w aptece (na podstawie dowodu zakupu wydanego przez aptekę).

Suma ubezpieczenia: 300 zł

Punktacja: 10 pkt.

Tabela nr 3 – podsumowanie warunków dodatkowych

Nr warunku	Zakres warunku	punktacja częstkowa	maksymalna ilość punktów
NR 1	rozszerzenie definicji dziecka na potrzeby ryzyka zgon i zgon w wyniku wypadku dziecka ubezpieczonego	10	10
NR 2	przyjęcie 30 dniowego limitu lub całkowite zniesienie limitu (rozumianego jako ilość dni) dla podwyższonych świadczeń z tytułu pobytu w szpitalu na skutek wypadku (w tym komunikacyjnego i w pracy), zawału serca lub udaru mózgu		15
A	przyjęcie limitu 30 dni	5	
B	całkowite zniesienie limitu	10	
NR 3	rozszerzenie definicji szpitala dla ryzyka leczenia szpitalnego o ośrodki rehabilitacyjne	5	5
NR 4	rozszerzenie zakresu ryzyka poważnego zachorowania ubezpieczonego o dodatkowe choroby		56
1.	zapalenie wątroby typu B lub C	3	
2.	przeszczep narządów	3	
3.	paraliż	3	
4.	utrata wzroku	2	
5.	utrata mowy	2	
6.	utrata słuchu	2	
7.	utrata kończyn	2	
8.	ciężkie oparzenia	2	
9.	łagodny nowotwór mózgu	2	
10.	oponiak	3	
11.	śpiączka	2	
12.	operacja aorty	2	
13.	choroba Alzheimera	2	
14.	operacje zastawek serca w tym również przeszczep zastawek	2	
15.	stwardnienie rozsiane	3	
16.	choroba Parkinsona	2	
17.	zapalenie mózgu	3	
18.	schyłkowa niewydolność oddechowa	2	
19.	zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych	3	
20.	zakażenie wirusem HIV, bez możliwości stwierdzenia przyczyny zakażenia	3	
21.	borelioza	3	
22.	gruźlica	2	
23.	wada serca	3	
24.	bąblowiec mózgu	1	
25.	odkleszczowe zapalenie mózgu	1	
26.	zgorzel gazowa	1	
NR 5	włączenie dodatkowych procedur - objęcie ochroną w ramach ryzyka leczenia specjalistycznego dodatkowych terapii		4

Nr warunku	Zakres warunku	punkcja częstkowa	maksymalna ilość punktów
procedura 1	terapia interferonowa w zakresie leczenia stwardnienia rozsianego	2	
procedura 2	dializoterapia w leczeniu niewydolności nerek	2	
NR 6	Włączenie do zakresu ryzyka „zwrot kosztów aptecznych”	10	10

5.3.17. INDYWIDUALNA KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA

Wykonawca zapewnia możliwość indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia po ustaniu zatrudnienia u Zamawiającego. Minimalne obligatoryjne warunki indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia:

- a. umowa ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego zostanie zawarta pod warunkiem, że:
 1. wniosek o indywidualne kontynuowanie zostanie złożony przez ubezpieczonego przed upływem 90 dni od daty przekazania przez Zamawiającego ostatniej składki,
 2. ubezpieczony posiada co najmniej 6 – cio miesięczny staż w ubezpieczeniu grupowym lub indywidualnie kontynuowanym z tytułu poprzedniej umowy,
 3. w dniu składania deklaracji do ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego ubezpieczony ma nie więcej niż:
 - w przypadku pracowników: 70 lat
 - w przypadku członków rodzin: 70 lat
- b. Wykonawca zapewnia dożywotnią możliwość indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia,
- c. Wykonawca zapewnia możliwość przystąpienia do ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego bez konieczności wykonywania badań lekarskich
- d. Wykonawca może zaoferować inną konstrukcję warunków indywidualnej kontynuacji z zastrzeżeniem, że składka nie może przekraczać maksymalnej, określonej w pkt. f.
- e. warunki indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia – minimalny zakres ubezpieczenia i minimalna suma ubezpieczenia:
 1. zgon ubezpieczonego: 10 000 zł
 2. zgon ubezpieczonego na skutek NW: 10 000 zł - świadczenie stanowi sumę świadczeń 1 i 2
 3. zgon współmałżonka ubezpieczonego: 5 000 zł
 4. zgon rodziców ubezpieczonego: 2 000 zł
 5. zgon teściów ubezpieczonego: 2 000 zł
 6. urodzenie się dziecka ubezpieczonemu: 1 000 zł
 7. urodzenie się martwego dziecka ubezpieczonemu: 2 000 zł
 8. trwałe uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego na skutek wypadku – świadczenie płatne od 1% trwałego uszczerbku: za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu - 100 zł za 1 % uszczerbku
 9. osierocenie dziecka: 4 000 zł
- f. miesięczna składka z tytułu powyższych warunków ubezpieczenia nie może przekraczać 70 zł.

Wykonawca może zaoferować dowolne korzystniejsze warunki indywidualnej kontynuacji, w szczególności standardowo przez siebie stosowane o ile spełniają one minimalne wskazane wyżej warunki lub równoważne/zamiennie.

Zamawiający informuje, że dopuszcza możliwość zastosowania innej konstrukcji pakietów indywidualnej kontynuacji z zachowaniem minimalnej wysokości świadczeń (5.3.17.e) - na poziomie 70% świadczeń określonych w SIWZ. Jednocześnie zamawiający dopuszcza oferowanie pakietów ze składką i zakresem dostosowanym do wieku ubezpieczonego, w tym wyłączających ryzyko urodzenia dziecka.

6. PAKIETY DODATKOWE

- 6.1. Tabela nr 4 zawiera dodatkowo punktowane pakiety dodatkowe, będące uzupełnieniem pakietów podstawowych Tabeli nr 1 i stanowiące podstawę punktacji kryterium oceny ofert:
 - 6.1.1. W kryterium warunki ubezpieczenia za zaoferowanie pakietów dodatkowych odpowiednio 1 pkt. za każdy zaoferowany pakiet dodatkowy oraz dodatkowo 2 pkt. za zaoferowanie wszystkich dostępnych pakietów dodatkowych dla danego wariantu/części zamówienia – łącznie maks. 5 pkt.
 - 6.1.2. W kryterium „cena”– „pakiety dodatkowe” z wagą łączną 10%, odpowiednio 4, 2 i 4 pkt. dla pakietu 1, 2 i 3.
- 6.2. Wykonawca może zaoferować wszystkie bądź wybrane spośród trzech dostępnych pakietów, różniących się zakresem ochrony: nr 1 – choroba, ubezpieczonego, nr 2 – wypadek ubezpieczonego, nr 3 – dziecko ubezpieczonego.
- 6.3. Pakiety dodatkowe stanowią rozszerzenie pakietów podstawowych i mogą być zaoferowane wyłącznie pod warunkiem, że został zaoferowany którykolwiek z pakietów podstawowych (Tabela nr 1). Ryzyka wchodzące w skład pakietów dodatkowych mają charakter analogiczny do zakresu podstawowego również w zakresie zaakceptowanych przez wykonawcę warunków dodatkowych, za wyjątkiem ryzyka poważnego zachorowania dziecka (pakiet dodatkowy nr 3), którego zakres określony został odrębnie celem dostosowania do wieku ubezpieczonego, któremu pakiet jest dedykowany.
- 6.4. W formie załącznika do oferty Wykonawca może zaoferować dodatkowo inne pakiety rozszerzające, w dowolnym kształcie tj. dowolnym zakresem, wysokością świadczeń i składką. Pakiety te nie podlegają punktacji.
- 6.5. Tabela nr 4 prezentuje zakres i wysokość świadczeń dla poszczególnych pakietów dodatkowych.
- 6.6. Pakiety dodatkowe podlegają punktacji odrębnie. Zaoferowanie Pakietu nr 1 i 3 pozwoli uzyskać Wykonawcy 1 pkt. za fakt zaoferowania każdego z tych pakietów oraz maksymalnie 4 punkty w kryterium cena dla każdego z nich. Z tytułu zaoferowania pakietu nr 2 Wykonawca otrzyma 1 pkt. za zaoferowanie pakietu oraz maksymalnie 2 punkty za cenę pakietu. Dodatkowo jeśli wykonawca zaoferuje wszystkie pakiety dodatkowe otrzyma 2 pkt. Łączna, maksymalna liczba punktów do uzyskania z tytułu akceptacji wszystkich pakietów dodatkowych wynosi 15 pkt. – 5 pkt. za zaoferowanie i maksymalnie 10 pkt. za cenę .
- 6.7. Wykonawca zaoferuje dowolnie wybrane pakiety dodatkowe, z zastrzeżeniem, że dodatkowej punktacji podlegają wyłącznie te, dla których Wykonawca zaoferował co najmniej warunki minimalne (zakres i wysokość świadczeń) - zgodnie z tabelą nr 4.

Tabela nr 4 – pakiety dodatkowe

numer i zakres pakietu dodatkowego	wysokość świadczeń
PAKIET DODATKOWY nr 1 – choroba ubezpieczonego	
1. śmierć ubezpieczonego	20 000
2. trwałe uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca/ udarem mózgu	100
3. pobyt w szpitalu spowodowany chorobą	100
4. pobyt w szpitalu spowodowany zawałem serca/ udarem mózgu	100
5. poważne zachorowanie	4 000
PAKIET DODATKOWY nr 2 – wypadek ubezpieczonego	
1. śmierć spowodowana wypadkiem	100 000
2. śmierć spowodowana wypadkiem komunikacyjnym	100 000
3. trwałe uszczerbek na zdrowiu spowodowany wypadkiem	100
4. pobyt w szpitalu spowodowany wypadkiem	100

PAKIET DODATKOWY nr 3 – dziecko ubezpieczonego	
1. trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany wypadkiem	100
2. pobyt w szpitalu spowodowany chorobą	100
3. pobyt w szpitalu spowodowany wypadkiem	100
4. poważne zachorowanie	4 000
5. urodzenie się dziecka ubezpieczonemu	1 000
6. urodzenie się martwego dziecka ubezpieczonemu	2 000
7. zgon dziecka ubezpieczonego	5 000
8. zgon dziecka ubezpieczonego spowodowany wypadkiem	10 000

- 6.8. Zastrzeżenia do pakietów dodatkowych:
- 6.8.1. Na potrzeby pakietów dodatkowych wprowadza się zakres dla ryzyka poważnego zachorowania dziecka obejmujący:
1. bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych,
 2. bakteryjne zapalenie wsierdza,
 3. sepsę (posocnicę),
 4. cukrzycę typu 1 (insulinozależna),
 5. łagodny nowotwór mózgu,
 6. niedokrwistość aplastyczną (aplazja szpiku),
 7. niewydolność nerek,
 8. nowotwór złośliwy,
 9. nowotwór złośliwy o niskim stopniu zaawansowania i/lub inwazyjności,
 10. operację mózgu,
 11. pourazowe uszkodzenie mózgu,
 12. przeszczep narządów,
 13. ropień mózgu z utrzymującymi się ubytkami neurologicznymi,
 14. rozległe oparzenia,
 15. schyłkową niewydolność wątroby,
 16. śpiączkę,
 17. wirusowe zapalenie mózgu,
 18. zakażenie wirusem HIV/zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych,
 19. tężec,
 20. wścieklizna.
- 6.8.2. Pakiety dodatkowe mają charakter dobrowolny, a zawarcie któregoś stanowi indywidualną decyzję ubezpieczonego - ubezpieczony może zawrzeć dowolnie wybrane.
- 6.8.3. W rocznicę polisy przypadającą dla danego ubezpieczonego, ubezpieczonemu przysługuje prawo zmiany pakietu/ pakietów.
- 6.8.4. Indywidualna ocena ryzyka
- a. Dopuszcza się możliwość stosowania indywidualnej oceny ryzyka (stosując do tego celu wzór – ankietę Wykonawcy), warunkujących możliwość przystąpienia lub ograniczenia zakresu ochrony w stosunku do członków rodzin przystępujących do pakietu dodatkowego nr 1 i 2 (dla pakietu dodatkowego nr 1 Zamawiający rekomenduje stosowanie uproszczonych ankiet zawierających wyłącznie pytania dotyczące rodzaju przebytych zachorowań oraz terminów ich zdiagnozowania, a w przypadku pakietu dodatkowego nr 2 wykonywanego zawodu i rodzajów uprawianych sportów)
 - b. w stosunku do pracowników indywidualnej oceny ryzyka nie stosuje się

- c. w odniesieniu do pracowników nowoubezpieczonych, dopuszcza się zastosowanie indywidualnych warunków przystępowania określonych dla ryzyka poważnego zachorowania pkt. 7.1.4.

6.8.5. Pakiety dodatkowe nie podlegają indywidualnej kontynuacji.

7. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ I OBSŁUGA UBEZPIECZENIA

7.1. OCENA RYZYKA

- 7.1.1. nie dopuszcza się ograniczeń przystępowania do ubezpieczenia w stosunku do: pracowników i członków rodzin, którzy w dniu zawarcia umowy przebywają na zwolnieniu lekarskim, przy założeniu, że osoby te objęte były dotychczasowym ubezpieczeniem u Zamawiającego,
- ~~7.1.2. pracowników nieobjętych dotychczasowym ubezpieczeniem u Zamawiającego, którzy przebywają na zwolnieniu lekarskim nie dłuższym niż 30 dniowe, osób przebywających na urloпах bezpłatnych i wychowawczych,~~
- 7.1.3. Wykonawca nie może stosować oceny ryzyka (ankiet, badań medycznych oceniających stan zdrowia) w odniesieniu do osób przystępujących do ubezpieczenia, bez względu na moment przystąpienia do ubezpieczenia z zastrzeżeniem punktu 7.1.4.
- 7.1.4. w przypadku dodatkowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dopuszcza się indywidualną ocenę ryzyka na podstawie uproszczonej ankiety medycznej (zawierającej wyłącznie dane dotyczące rodzaju przebytych poważnych zachorowań oraz dat ich zdiagnozowania) z zastrzeżeniem, że odnosi się ona:
 - a. do pracowników i członków rodzin objętych dotychczasową umową dodatkową u Zamawiającego wyłącznie w zakresie poważnych zachorowań stanowiących rozszerzenie umowy aktualne
 - b. do osób nowoubezpieczonych
 - c. dopuszcza się zastosowanie ograniczenia odpowiedzialności w odniesieniu do poważnych zachorowań, które zostały zdiagnozowane przed datą początku umowy ubezpieczenia

7.2. SKŁADKA

- 7.2.1. składka z tytułu ubezpieczenia stanowić będzie sumę iloczynów składek jednostkowych i liczby osób ubezpieczonych w ramach pakietów podstawowych i dodatkowych odpowiednio dla każdej części zamówienia
- 7.2.2. na podstawie oświadczenia zawartego w deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia Ubezpieczony wraza zgodę na potrącanie ze swojego wynagrodzenia składki, w tym na poczet ubezpieczenia członków rodzin.

7.3. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

- 7.3.1. Początek odpowiedzialności
 - 7.3.1.1. odpowiedzialność Wykonawcy z tytułu umowy rozpoczyna się w dniu wskazanym w umowie jako początek okresu ubezpieczenia,
 - 7.3.1.2. odpowiedzialność Wykonawcy w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się zawsze od pierwszego dnia kolejnego miesiąca następującego po miesiącu, w którym złożył on deklarację przystąpienia do ubezpieczenia z zastrzeżeniem postanowień dotyczących karencji, oraz pod warunkiem opłacenia składki nie później niż do końca miesiąca, w którym przypada początek ochrony ubezpieczeniowej.
 - 7.3.1.3. do umowy w pełnym zakresie może przystąpić osoba, która w dniu złożenia deklaracji ukończyła 18 rok życia i ma nie więcej niż:
 - w przypadku głównego ubezpieczonego – 69 lat

- w przypadku członka rodziny – 69 lat
- 7.3.1.4. Na wniosek Zamawiającego Wykonawca może objąć ubezpieczeniem osoby przekraczające wiek wstępu (powyżej)
- 7.3.2. Koniec odpowiedzialności

Odpowiedzialność Wykonawcy z tytułu ubezpieczenia (pełnego zakresu) wygasa w dniu rocznicy polisy albo dniu urodzin (w zależności od tego, która z dat jest późniejsza) przypadającej w roku, w którym:

 - a. główny ubezpieczony ukończy 70 rok życia
 - b. członek rodziny ukończy 70 rok życia z zastrzeżeniem poniższego
 - c. data końca odpowiedzialności w odniesieniu do Głównego ubezpieczonego jest równoznaczna z końcem odpowiedzialności Wykonawcy w stosunku do członka rodziny (umowy wygasają jednocześnie).

7.4. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

- 7.4.1. Z zastrzeżeniem postanowień dotyczących wyłączenia stosowania karencji, w odniesieniu do danego ubezpieczonego dopuszcza się możliwość zastosowania karencji w podanych poniżej okresach licząc od dnia przystąpienia do ubezpieczenia dla wymienionych zdarzeń będących przedmiotem odpowiednich umów dodatkowych i opcji medycznych, jednakże nie dłuższych niż:
- 7.4.1.1. 180 dni – dla operacji chirurgicznych,
 - 7.4.1.2. 90 dni - dla poważnego zachorowania, leczenia specjalistycznego ubezpieczonego,
 - 7.4.1.3. 180 dni - dla leczenia szpitalnego,
 - 7.4.1.4. 9 miesięcy dla ryzyka urodzenia dziecka,
 - 7.4.1.5. 6 miesięcy dla ryzyka urodzenia martwego dziecka,
 - 7.4.1.6. 6 miesięcy dla pozostałych ryzyk innych niż wypadkowe (karencja generalna).

W odniesieniu do osób przestępujących do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od daty zawarcia umowy oraz nabycia prawa do przystąpienia do ubezpieczenia, dopuszcza się zastosowanie następujących okresów karencji: 90 dni dla operacji chirurgicznych, 180 dni dla poważnego zachorowania, leczenia specjalistycznego i 270 dni dla urodzenia się **martwego** dziecka, przy założeniu, że 1 miesiąc = 30 dni.

- 7.4.2. Karencji generalnej nie stosuje się wobec osób przystępujących do ubezpieczenia przed upływem 3 miesięcy od początku obowiązywania umowy lub nabycia prawa do przystąpienia do ubezpieczenia.
- 7.4.3. W stosunku do osób (także członków rodziny), które były dotychczas objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu innej umowy ubezpieczenia (zarówno funkcjonującej u Zamawiającego jak i innej umowy grupowego ubezpieczenia na życie, w tym także indywidualnie kontynuowanej), do okresu karencji (w zakresie poszczególnych ryzyk) wlicza się okres ubezpieczenia z tytułu wcześniejszej umowy, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia zakończyła się. Zamawiający dopuszcza stosowanie karencji w odniesieniu do nadwyżek sum ubezpieczenia stanowiących różnicę sum dla analogicznych świadczeń obowiązujących w poprzedniej umowie ubezpieczenia (w tym zawartej u innego pracodawcy lub stanowiącej indywidualną kontynuację umowy grupowej dowolnego ubezpieczyciela)
- 7.4.4. W odniesieniu do osób, które w dniu zawarcia umowy przebywają na zwolnieniu lekarskim, urlopie bezpłatnym, wychowawczym oraz członków rodzin tych osób okres trzech miesięcy warunkujący prawo przystąpienia do ubezpieczenia z zaliczeniem okresów karencji z dotychczasowego ubezpieczenia liczony jest od pierwszego dnia pracy po okresie zwolnienia.

7.4.5. Wykonawca nie stosuje karencji do zdarzeń spowodowanych wypadkiem

7.5. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ

- 7.5.1. Po otrzymaniu od ubezpieczonego dokumentacji Wykonawca zobowiązuje się do niezwłocznej realizacji świadczeń w standardowym dla siebie trybie z zastrzeżeniem poniższych postanowień:
- 7.5.2. Ubezpieczony, Uposażeni lub Uprawnieni z umowy ubezpieczenia mają prawo do przedkładania wszelkiej przedmiotowej dokumentacji (w tym zgłoszenie świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia) w jednej z poniższych form:
 - 7.5.2.1. drogą pocztową – listem poleconym na wskazany przez Wykonawcę adres lub poprzez złożenie dokumentów w dowolnej placówce Wykonawcy na terenie Wrocławia
 - 7.5.2.2. faxem pod wskazanym przez Wykonawcę numerem
 - 7.5.2.3. drogą elektroniczną na wskazany przez Wykonawcę adres
- 7.5.3. w przypadku braku części dokumentów niezbędnych do wypłaty świadczenia Wykonawca zobowiązuje się niezwłocznie pisemnie lub jeżeli ubezpieczony dopuści taką możliwość elektronicznie poinformować o tym ubezpieczonego ubiegającego się o świadczenie. Pismo informujące wraz z wykazem dokumentów brakujących Wykonawca prześle w ciągu 7 dni od daty wpłynięcia roszczenia ubezpieczonego. Zastosowanie mają obowiązujące przepisy prawa – odpowiednio.
- 7.5.4. trwałe uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego - Wykonawca stosuje dwa tryby oceny stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego:
 - 7.5.4.1. tryb 1 – tylko na podstawie przedłożonej przez Ubezpieczonego kompletnej dokumentacji medycznej, z zastrzeżeniem obowiązków wykonawcy określonych w pkt. 7.5.3.
 - 7.5.4.2. tryb 2 - na podstawie orzeczenia powołanej przez Wykonawcę komisji lekarskiej pod warunkiem wcześniejszego przedłożenia przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej; w przypadku potrzeby powołania komisji lekarskiej Wykonawca zastrzega się, że zostanie ona zorganizowana na terenie Wrocławia, lub na wniosek ubezpieczonego i za zgodą Wykonawcy w innym uzgodnionym miejscu.
 - 7.5.4.3. po otrzymaniu decyzji Wykonawcy wydanej na podstawie trybu 1 Ubezpieczony ma pełne prawo do skorzystania z trybu 2.
- 7.5.5. szybka likwidacja świadczeń - „świadczenia proste” tj. zgon rodziców lub rodziców współmałżonka ubezpieczonego, urodzenie się dziecka ubezpieczonemu, urodzenie się martwego dziecka ubezpieczonemu Wykonawca realizuje w ciągu 7 dni roboczych od daty wpłynięcia roszczenia pod warunkiem otrzymania kompletu dokumentów standardowo wymaganych przez ubezpieczyciela do realizacji danego świadczenia.
- 7.5.6. aplikacja internetowa - Wykonawca niezwłocznie, lecz nie później niż w ciągu 1 miesiąca od daty zawarcia umowy, po wcześniejszym przeprowadzeniu szkolenia, nieodpłatnie udostępni aplikację internetową służącą do elektronicznej obsługi ubezpieczenia umożliwiającą wskazanym przez Zamawiającego osobom:
 - 7.5.6.1. prawidłową techniczną obsługę ubezpieczenia, w tym bieżącą weryfikację płatności (saldo) – zaległości, nadpłaty składek
 - 7.5.6.2. prawidłową i sprawną realizację wynikających z umowy przywilejów ubezpieczonych - dostęp do elektronicznej formy druków, możliwość elektronicznego zgłaszania świadczeń
 - 7.5.6.3. dostęp do elektronicznych druków i możliwość ich przesyłania on-line,
 - 7.5.6.4. w szczególności deklaracji przystąpienia, rezygnacji ubezpieczonych, zmiany danych ubezpieczonych i osób uposażonych.