**Załącznik nr 1 do SIWZ**

Opis przedmiotu zamówienia

**Przetarg UMW / AZ / PN – 91/ 18**

**Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu**

**ul. Pasteura 1, 50-367 Wrocław**

Przetarg nieograniczony

na

GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE PRACOWNIKÓW UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO WE WROCŁAWIU

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

1. WSTĘP
2. przedmiotem postępowania jest ubezpieczenie grupy pracowników Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu wraz z możliwością przystąpienia do ubezpieczenia współmałżonków i pełnoletnich dzieci.
3. grupa pracownicza liczy obecnie ok. 1 800 osób, z czego ubezpieczeniem grupowym na życie objętych jest 1 080 osób w ramach dwóch grup o liczebności ok.  500 i  580 osób (w tym liczba ubezpieczonych członków rodzin wynosi 150 osób) wg stanu na dzień opracowania SIWZ różniących się wysokością składki miesięcznej i wysokością świadczeń. Intencją zamawiającego jest zawarcie umowy wg formuły analogicznej do dotychczas funkcjonującego schematu z zachowaniem ciągłości ochrony ubezpieczeniowej i uzyskanych przez ubezpieczonych uprawnień.
4. dla celów umowy ubezpieczenia zamawiający jest ubezpieczającym natomiast pracownicy i objęci ubezpieczeniem członkowie ich rodzin są Ubezpieczonymi.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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. 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

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

**wypadek komunikacyjny** – zdarzenie w ruchu lądowym, morskim 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 przy pracy** - nagłe zdarzenie powodujące [**uraz**](http://www.pip.gov.pl/html/pl/prewencja/wypadki/88110013.htm) lub śmierć, które nastąpiło w związku z pracą:

* 1. podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika zwykłych czynności lub poleceń przełożonych,
  2. podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia,
  3. w czasie pozostawania pracownika w dyspozycji pracodawcy między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,
  4. w drodze do i z pracy, przy czym „drogę do pracy” i „drogę z pracy” rozumie się zgodnie

z Ustawą z dnia 13 października 1998 r. o Systemie ubezpieczeń społecznych.

**ZAWAŁ SERCA** – ostre niedokrwienie mięśnia sercowego cechujące się następującymi objawami:

1. W przypadku świeżego zawału serca:

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

* 1. objawy podmiotowe niedokrwienia mięśnia sercowego,
  2. zmiany w EKG wskazujące na świeży zawał,
  3. wystąpienie patologicznych załamków Q w EKG,
  4. stwierdzone w badaniu obrazowym nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości ściany serca lub nowy nieżywotny obszar mięśnia sercowego,
  5. 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.

1. W przypadku przebytego zawału mięśnia serca:
2. stwierdzenie nowych, patologicznych załamków Q z obecnością lub bez obecności typowych objawów podmiotowych,
3. stwierdzenie w badaniach obrazowych utraty kurczliwości ściany serca z chwilą gdy najbardziej prawdopodobną przyczyną takich zmian jest niedokrwienie,
4. stwierdzenie w badaniu sekcyjnym cech przebytego zawału.
5. W razie wątpliwości, za równoważną uznaje się aktualną definicję medyczną [World Health Federation](https://pl.wikipedia.org/w/index.php?title=World_Health_Federation&action=edit&redlink=1)

**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 ukrwotoczniony. W razie wątpliwości, za równoważną uznaje się aktualną definicję medyczną [World Health Federation](https://pl.wikipedia.org/w/index.php?title=World_Health_Federation&action=edit&redlink=1)

1. KONSTRUKCJA UMOWY

Oczekiwana konstrukcja umowy, która zostanie zawarta w wyniku niniejszego postępowania oparta jest na następujących założeniach:

1. równoległe funkcjonowanie dwóch grup ubezpieczonych pracowników (bez względu na formę zatrudnienia) na warunkach jednolitych co do zakresu (taka sama lista świadczeń/zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową oraz analogiczne warunki dla tych świadczeń), zróżnicowanych pod względem wysokości poszczególnych świadczeń i składki.
2. możliwość przystąpienia do ubezpieczenia członków rodzin ubezpieczonych (współmałżonków/ partnerów i pełnoletnich dzieci) pracowników na warunkach ubezpieczenia pracowników. Członek rodziny pozostaje jednakże uczestnikiem danej grupy 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. pełna, 24 godzinna odpowiedzialność bez ograniczeń terytorialnych (zakres terytorialny: świat)
4. 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 (także u innego pracodawcy) z zachowaniem ciągłości ochrony. Powyższy zapis stosuje się do tych ryzyk, które stanowią kontynuację w ramach umowy z wykonawcą.
5. 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.
6. warunki ubezpieczenia pozostają niezmienne w całym okresie ubezpieczenia niezależnie od wieku osób ubezpieczonych.
7. 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.
8. OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY
9. Umowa zostanie zawarta na okres 4 lat (48 miesięcy) od 1 listopada 2018 do 31 października 2022.
10. Dla osób dotychczas ubezpieczonych w ramach grupowego ubezpieczenia pracowników zamawiającego, które złożą deklarację przystąpienia do 31 stycznia 2019 roku okres ubezpieczenia rozpoczyna się od początku miesiąca następującego po ostatnim miesiącu ochrony tego pracownika w ramach dotychczasowej umowy, nie wcześniej niż od 1 listopada 2018 roku – ubezpieczony 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.
11. Zamawiający zastrzega prawo odstąpienia od umowy w przypadku, gdy liczba deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia złożonych do 31 grudnia 2018 roku nie przekroczy minimum partycypacyjnego (minimalna liczba ubezpieczonych pracowników), tj. 600 osób łącznie w obu grupach (co stanowi ok. 30 % stanu zatrudnienia u zamawiającego) bez limitów w ramach grup; zamawiający nie gwarantuje osiągnięcia minimum partycypacyjnego.
12. Składając oświadczenie o odstąpieniu od umowy zamawiający wskazuje termin jej wygaśnięcia przypadający na koniec wskazanego miesiąca kalendarzowego, jednak nie późniejszy niż koniec kwietnia 2019 roku.
13. Nie stosuje się limitów partycypacyjnych w odniesieniu do członków rodzin pracowników.
14. W przypadku odstąpienia od umowy wykonawcy przysługuje wynagrodzenie za czas udzielanej ochrony stosownie do liczby ubezpieczonych w poszczególnych grupach.
15. W przypadku, gdy w trakcie realizacji umowy liczba ubezpieczonych spadnie poniżej minimum partycypacyjnego umowa nie ulega rozwiązaniu ani nie następują zmiany w warunkach umowy.
16. RODZAJE ŚWIADCZEŃ I ICH WYSOKOŚĆ

**Tabela 1** prezentuje wykaz świadczeń oraz ich wysokość. 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, 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 E** – minimalna dopuszczalna suma ubezpieczenia/wysokość świadczenia odpowiednio dla grupy I i II dla danego ryzyka.
4. **Kolumny D i F** – maksymalna punktowana suma ubezpieczenia/wysokość świadczenia odpowiednio dla grupy I i II dla danego ryzyka
5. **Kolumny G, H, I i J** opisują sposób punktacji oferowanych sum ubezpieczenia/wysokości świadczeń, tj.:
6. **Kolumna G** – wielkość kroku, część kwoty przewyższającej wysokość świadczenia minimalnego stanowiąca podstawę przyznania liczby punktów przewidzianej dla tego świadczenia.
7. **Kolumna H** – liczba punktów za krok; ilość punktów za każdą pełną kwotę (krok), o którą oferowana wysokość świadczenia przewyższa kwotę minimalną.
8. **Kolumna I** – 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. **Kolumna J** – maksymalna ilość punktów dla danego świadczenia; stanowi iloczyn liczby punktowanych kroków i liczby punktów za pojedynczy krok.

**Wysokość świadczeń dla każdej grupy punktowana jest osobno na następujących zasadach:**

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.
2. oferta może przewidywać sumy ubezpieczenia/świadczenia wyższe niż maksymalne punktowane, przy czym do oceny ofert przyjęta będzie kwota równa maksymalnej punktowanej.
3. dla każdej grupy 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 każdej grupy.
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 dla danej grupy 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. podane wysokości świadczeń określone są dla każdej okoliczności stanowiącej podstawę wypłaty świadczenia i podlegają sumowaniu.
6. łączna maksymalna ilość punktów dla każdej grupy wynosi 1 000. Liczba punktów w ramach każdej grupy podzielona przez 25 stanowi liczbę punktów, którą otrzyma oferta wykonawcy w kryterium „wysokość świadczeń”. Maksymalna liczba punktów wynikowych dla każdej grupy wynosi 40, a łączna maksymalna liczba punktów w kryterium „wysokość świadczeń” wynosi 80.
7. WARUNKI SZCZEGÓLNE - KRYTERIA DODATKOWE

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 szczególne”. Łączna, maksymalna liczba punktów do uzyskania z tytułu akceptacji warunków dodatkowych wynosi 200, co biorąc pod uwagę, że waga kryterium oceny ofert „warunki szczególne” wynosi 10% oznacza, że liczba punktów uzyskana przez wykonawcę z tytułu akceptacji warunków dodatkowych podzielona przez 20, stanowić będzie liczbę punktów procentowych uzyskanych przez wykonawcę w kryterium „warunki szczególne”.

Opcje dodatkowe dotyczą następujących rozwiązań:

1. KRYTERIUM DODATKOWE NR 1 - rozszerzenie definicji dziecka dla celów świadczenia z tytułu zgonu dziecka znoszącego ograniczenie wiekowe dziecka, którego zgonu świadczenie dotyczy (poz. 7, świadczenie p6) – **15 pkt.**
2. KRYTERIUM DODATKOWE 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 – **30 pkt**.;

zniesienie limitu – **50 pkt**.

1. KRYTERIUM DODATKOWE NR 3 - rozszerzenie definicji szpitala dla ryzyka leczenia szpitalnego

o ośrodki rehabilitacyjne – **35 pkt.**

1. KRYTERIUM DODATKOWE NR 4 - rozszerzenie zakresu ryzyka poważnego zachorowania

o dodatkowe choroby (poz. 10, świadczenie P9) – 23 stany chorobowe, każda z pozycji punktowana

2 lub 3 pkt. zgodnie z opisem dla danego świadczenia; łącznie **56 pkt.**

1. KRYTERIUM DODATKOWE NR 5 - rozszerzenie definicji niezdolności do pracy powodujące, że świadczenie należne będzie nie z tytułu całkowitej niezdolności do jakiejkolwiek pracy, a z tytułu niezdolności do wykonywania dotychczasowego zawodu – **40 pkt.**
2. KRYTERIUM DODATKOWE NR 6 - objęcie ochroną w ramach ryzyka leczenia specjalistycznego dodatkowych terapii   
   rozszerzenie zakresu ryzyka leczenia specjalistycznego (poz. 13, świadczenie P12) - 2 procedury; każda z pozycji punktowana 2 pkt. zgodnie z opisem dla danego świadczenia; łącznie **4 pkt.**

Lista punktowanych warunków szczególnych i ich punktacja w odniesieniu do obu wariantów, których opis znajduje się w pkt. VII:

Tabela nr 1. Wykaz i wysokość świadczeń.

| **Rodzaj świadczenia** | | **GRUPA I** | | **GRUPA II** | | **WARUNKI PUNKTACJI DLA OBU GRUP** | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| suma ubezpieczenia/wysokość świadczenia | | | |
| minimalna | maksymalna punktowana | minimalna | maksymalna punktowana | wielkość kroku | punktów  za krok | ilość  kroków | max suma punktów |
| **A** | **B** | **C** | **D** | **E** | **F** | **G** | **H** | **I** | **J** |
|  | zgon ubezpieczonego (P1.A) | 40 000 | 48 000 | 55 000 | 63 000 | 500 | 10 | 16 | 160 |
|  | …spowodowany wypadkiem (D1): | +100% kwoty P1.A | | | |
|  | osierocenie dziecka (D1) | 10% kwoty P1.A | | | |
|  | Dodatkowe okoliczności/przyczyna zgonu (P1.B): | 32 000 | 42 000 | 38 000 | 48 000 | 500 | 2 | 20 | 40 |
|  | zawał serca lub udar mózgu (D1) | +100% kwoty P1.B | | | |  |  |  |  |
|  | wypadek komunikacyjny (D1) | +100% kwoty P1.B | | | |
|  | wypadek przy pracy (D1) | +100% kwoty P1.B | | | |
|  | zgon współmałżonka (P2) | 20 000 | 23 500 | 18 000 | 21 500 | 500 | 10 | 7 | 70 |
|  | …spowodowany wypadkiem (D2) | +50% kwoty P2 | | | |
|  | zgon rodziców lub rodziców współmałżonka ubezpieczonego (P3) | 2 400 | 2 800 | 2 700 | 3 100 | 20 | 10 | 20 | 200 |
|  | urodzenie się dziecka ubezpieczonemu (P4) | 1 200 | 1 500 | 1 500 | 1 800 | 20 | 6 | 15 | 90 |
|  | urodzenie się martwego dziecka (P5) | 200% kwoty P4 | | | |
|  | zgon dziecka ubezpieczonego (P6) | 300% kwoty P4 | | | |
|  | trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany: | 450 | 550 | 500 | 600 | 5 | 8 | 20 | 160 |
|  | wypadkiem (P7): | 100% kwoty pkt. 8 | | 100% kwoty pkt. 8 | |  |  |  |  |
|  | zawałem serca lub udarem mózgu (P8): | 100% kwoty pkt. 8 | | 100% kwoty pkt. 8 | |  |  |  |  |
|  | leczenie szpitalne ubezpieczonego: (P9) spowodowane: | 85 | 100 | 95 | 110 | 1 | 10 | 15 | 150 |
|  | zawałem serca lub udarem mózgu (D9) | 100% kwoty P9 | | | |
|  | wypadkiem (D9) | 150% kwoty P9 | | | |
|  | wypadkiem komunikacyjnym (D9) | 50% kwoty P9 | | | |
|  | wypadkiem przy pracy (D9) | 50% kwoty P9 | | | |
|  | rekonwalescencja poszpitalna (D9) | 50% kwoty P9 | | | |
|  | pobyt na oddziale intensywnej terapii (OIT) (D9) | 1000% (10x) kwoty P9 | | | |
|  | poważne zachorowanie ubezpieczonego lub współmałżonka/ partnera (P9) | 5 000 | 6 000 | 5 000 | 6 000 | 100 | 5 | 10 | 50 |
|  | całkowita niezdolność do pracy (P10) | 200% kwoty P9 | | | |
|  | operacje chirurgiczne (P11) | 5 000 | 6 000 | 5 000 | 6 000 | 100 | 5 | 10 | 50 |
|  | leczenie specjalistyczne (P12) | 2 000 | 2 500 | 4 500 | 5 000 | 100 | 6 | 5 | 30 |
|  | koszty produktów aptecznych (P13) | 300 | 300 | 300 | 300 | Kwota jednolita – niepunktowana | | | |
| Razem (dla każdej grupy): | | | | | | | | | **1 000** |

1. 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.*

1. ZGON UBEZPIECZONEGO

W przypadku zgonu ubezpieczonego, świadczenie podstawowe na rzecz osób uposażonych wynosi 100% sumy ubezpieczenia. Świadczenie podlega rozszerzeniu:

1. w przypadku, gdy zgon ubezpieczonego spowodowany został wypadkiem wypłacane świadczenie ulega podwojeniu, tj. okoliczność, że zgon został spowodowany wypadkiem jest podstawą do wypłaty dodatkowego świadczenia w wysokości 100% świadczenia podstawowego.
2. Dodatkowym uzupełnieniem świadczenia podstawowego jest świadczenie z tytułu osierocenia dziecka na skutek zgonu ubezpieczonego stanowiące równowartość 10% sumy ubezpieczenia określonej dla ryzyka zgonu ubezpieczonego; świadczenie należne jest każdemu z dzieci ubezpieczonego, przy czym dziecko rozumiane jest jako własne, przysposobione lub pasierb (jeżeli nie żyje matka lub ojciec), pozostające pod władzą rodzicielską w wieku do 25 roku lub bez względu na wiek w razie jego całkowitej niezdolności do pracy.
3. DODATKOWE OKOLICZNOŚCI/PRZYCZYNY ZGONU.  
   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 o równowartość (100%) zadeklarowanej kwoty świadczenia z tytuł każdej z poniższych okoliczności (świadczenia podlegają sumowaniu):
4. zgonu ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu,
5. zgonu ubezpieczonego spowodowany wypadkiem komunikacyjnym,
6. zgonu ubezpieczonego spowodowany wypadkiem przy pracy.

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 w ramach grupy I.

Założenie: wykonawca zaoferował sumę ubezpieczenia dla świadczenia podstawowego

z tytułu zgonu ubezpieczonego (P1.A) w wysokości 40 000 zł oraz dla dodatkowych przyczyn zgonu sumę ubezpieczenia w wysokości 32 000 zł.

Świadczenie łączne na rzecz osób uposażonych wyniesie 144 000 zł i obejmie: świadczenie podstawowe z tytułu zgonu w wysokości 40 000 zł (poz. 1) powiększone o świadczenie dodatkowe z tytułu zgonu spowodowanego wypadkiem - 40 000 zł (poz. 1a) oraz o świadczenia z tytułu wypadku komunikacyjnego – 32 000 zł (poz. 2b) i wypadku przy pracy – 32 000 zł (poz. 2c).

Świadczenie zostanie powiększone o kwotę 4 000 zł na rzecz każdego osieroconego dziecka ubezpieczonego zgodnie z kryteriami w poz. 1b.

Przykład 2:

Zgon na skutek zawału serca ubezpieczonego w ramach grupy II

Założenie: wykonawca zaoferował sumy ubezpieczenia w wysokości 55 000 dla świadczenia podstawowego i 38 000 zł dla świadczeń uzupełniających poz. 2. Świadczenie łączne na rzecz osób uposażonych wyniesie 93 000 zł i obejmie świadczenie podstawowe z tytułu zgonu ubezpieczonego (poz. 1a) oraz świadczenie uzupełniające z tytułu zwału serca jako przyczyny zgonu (poz. 2a). Świadczenie zostanie powiększone o kwotę 5 500 zł na rzecz każdego osieroconego dziecka ubezpieczonego zgodnie z opisem w poz. 1b.

1. ZGON WSPÓŁMAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO

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.

1. Świadczenie podstawowe z tytułu zgonu współmałżonka bez względu na przyczynę - 100% sumy ubezpieczenia
2. Świadczenie dodatkowe (powiększające świadczenie podstawowe) z tytułu zgonu współmałżonka na skutek wypadku - 50% świadczenia z tytułu zgonu współmałżonka na skutek wypadku
3. ZGON RODZICÓW UBEZPIECZONEGO LUB RODZICÓW WSPÓŁMAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO

W przypadku zgonu jednego z rodziców ubezpieczonego lub współmałżonka ubezpieczonego wykonawca wypłaca ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia (kwoty poz. 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.

1. URODZENIE SIĘ DZIECKA UBEZPIECZONEMU

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 danej grupy. pod warunkiem, że urodzenie zostało zarejestrowane.

1. URODZENIE SIĘ MARTWEGO DZIECKA

Z tytułu urodzenia się dziecka martwego świadczenie stanowi dwukrotność (200%) sumy ubezpieczenia określonej dla ryzyka urodzenia się dziecka. 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

1. ZGON DZIECKA UBEZPIECZONEGO

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 w wariancie podstawowym czym dziecko rozumiane jest jako własne, przysposobione lub pasierb (jeżeli nie żyje matka lub ojciec), pozostające pod władzą rodzicielską w wieku do 25 roku życia.

**WARUNEK SZCZEGÓLNY - KRYTERIUM DODATKOWE NR 1**

**Rozszerzenie definicji dziecka dla celu świadczenia z tytułu zgonu dziecka.**

**Punktowana definicja fakultatywna**

DZIECKO - rozumiane jako własne, przysposobione lub pasierb (jeżeli nie żyje matka lub ojciec) bez względu na wiek.

Punktacja : **15 punktów.**

1. TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO

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

1. wypadkiem (P7),
2. zawałem serca lub udarem mózgu (P8):

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

Świadczenie spowodowane wypadkiem oraz świadczenie spowodowane zawałem serca lub udarem mózgu stanowią odrębne świadczenia, przy czym dla celów niniejszej SIWZ ujednolicono kwoty tych świadczeń z zastrzeżeniem następujących warunków dodatkowych:

1. Brak progów odpowiedzialności w odniesieniu do danego ubezpieczonego - świadczenie należne jest począwszy od 1% za każdy % trwałego uszczerbku
2. 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),

1. 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,
2. 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 4 miesiące od daty wypadku zdarzenia stanowiącego podstawę odpowiedzialności wykonawcy,

a proces leczenia lub rehabilitacji nie zostały zakończone.

1. LECZENIE SZPITALNE UBEZPIECZONEGO

Z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu wykonawca wypłaca ubezpieczonemu świadczenie

w kwotach wskazanych w Tabeli 1, poz. 9 za każdy dzień pobytu w szpitalu, przy czym świadczenie podstawowe (P9) podlega rozszerzeniu z tytułu każdej okoliczności stanowiącej podstawę/przyczynę pobytu w szpitalu (D9), tj:

### Zawał serca lub udar mózgu w rozumieniu definicji wskazanych w rozdziale II – świadczenie dodatkowe stanowiące równowartość świadczenia podstawowego,

### Wypadek – świadczenie dodatkowe stanowiące 150% świadczenia podstawowego,

### Wypadek komunikacyjny – świadczenie dodatkowe stanowiące 50% świadczenia podstawowego (P9),

### Wypadek przy pracy – świadczenie dodatkowe stanowiące 50% świadczenia podstawowego.

### Świadczenia dodatkowe opisane w pkt. 1), 2), 3) i 4) wypłacane są do 14 dnia pobytu w szpitalu włącznie.

### Zastrzeżenia szczególne:

### świadczenie należne jest za każdy dzień pobytu w szpitalu z zastrzeżeniem postanowień dotyczących karencji,

### pobyt z przerwą trwającą krócej niż dobę jest traktowany jako nieprzerwany,

### dopuszczalny maksymalny okres pobytu ubezpieczonego w szpitalu nieobjęty świadczeniem wynosi

### 2 dni, 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,

1. 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 – minimalna dla grupy I, tj. 85 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 (P9) (85 zł) oraz świadczeń dodatkowych z tytułu wypadku (127,50 zł) wypadku komunikacyjnego (42,50 zł) i wypadku w pracy (42,50 zł); łącznie 297,50 zł za każdy dzień,

czyli 4 165 zł za 14 dni. W okresie od 15 do 18 dnia świadczenie obejmie wyłącznie świadczenie podstawowe i wyniesie 4 x 85 zł, tj. 340 zł. Świadczenie łączne wyniesie 4 505 zł.

### WARUNEK SZCZEGÓLNY - KRYTERIUM DODATKOWE 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:

### podwyższenie limitu do 30 dni – 30 pkt.

### zniesienie limitu, za zachowaniem ogólnego limitu 180 dni – 50 pkt.

### Rozszerzenia stosowane alternatywnie

### maksymalna punktacja – 50 pkt.

**WARUNEK SZCZEGÓLNY - KRYTERIUM DODATKOWE 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**: 35 pkt.**

### Rekonwalescencja poszpitalna ubezpieczonego

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

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

### świadczenie należne jest również w sytuacji braku ciągłości pomiędzy pobytem

### w szpitalu i zwolnieniem lekarskim z zastrzeżeniem, że dopuszczalny minimalny okres przerwy pomiędzy datą końca pobytu w szpitalu a datą początku zwolnienia lekarskiego wynosi 5 dni,

### pobyt w szpitalu uważa się za nieprzerwany pod warunkiem, że przerwa pomiędzy ostatnim dniem pierwszego pobytu i pierwszym dniem kolejnego nie przekracza 5 dni,

### a pomiędzy pierwszym i kolejnymi pobytami w szpitalu istnieje związek przyczynowo – skutkowy,

### minimalny okres pobytu w szpitalu ubezpieczonego uprawniający do świadczenia

### z tytułu rekonwalescencji wynosi 10 dni,

### minimalny okres odpowiedzialności z tytułu jednorazowego zwolnienia (okresu rekonwalescencji) lub kilku zwolnień z zachowaniem ich ciągłości wynosi 40 dni,

### minimalny okres odpowiedzialności z tytułu kilku zwolnień w okresie 12 miesięcy wynosi 90 dni.

### 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 (P9); 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 (P9) w takim przypadku minimalny okres odpowiedzialności wynosi 5 dni z następującymi zastrzeżeniami poniższego.

### wykonawca ponosi odpowiedzialność za pobyt ubezpieczonego na OIT niezależnie od przyczyny (skutki wypadków i chorób),

### odpowiedzialność wykonawcy z tytułu pobytu ubezpieczonego na OIT powstaje także przy pobycie krótszym niż minimalny okres odpowiedzialności i w takim przypadku świadczenie jest równe przysługującemu za pobyt równy minimalnemu okresowi odpowiedzialności.

### 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, zaopatrzony 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.

1. POWAŻNE ZACHOROWANIE

Świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego lub jego współmałżonka/ partnera poważnego zachorowania wynosi 100% sumy ubezpieczenia (P9). Obligatoryjny zakres ubezpieczenia obejmuje następujące ryzyka: anemia aplastyczna, bąblowiec mózgu, chirurgiczne leczenie naczyń wieńcowych (by – pass), choroba Creutzfelda – Jakoba, intensywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie, niewydolność nerek, nowotwór złośliwy, odkleszczowe zapalenie mózgu, 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, zgorzel gazowa.

### WARUNEK SZCZEGÓLNY - KRYTERIUM DODATKOWE NR 4 rozszerzenie zakresu ryzyka poważnego zachorowania o dodatkowe choroby wykonawca może zadeklarować zastosowanie fakultatywnych rozszerzeń zakresu w postaci wprowadzenia do umowy ubezpieczenia jednego lub więcej nieobjętych zakresem podstawowym stanów chorobowych spośród 23 wykazanych w tabeli nr 2.

### 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.

### wykonawca może otrzymać maksymalnie 56 dodatkowych punktów (każde ryzyko jest punktowane odrębnie),

### wypłata z tytułu wystąpienia jednego z poważnych zachorowań nie wyłącza odpowiedzialności

### w odniesieniu do innego wchodzącego w zakres ubezpieczenia ryzyka.

### 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 - fakultatywny zakres ryzyka poważnego zachorowania

| **RYZYKO** | | **PUNKTACJA** |
| --- | --- | --- |
|  | zapalenie wątroby typu B lub C | 3 |
|  | przeszczep narządów | 3 |
|  | paraliż | 3 |
|  | utrata wzroku | 2 |
|  | utrata mowy | 2 |
|  | utrata słuchu | 2 |
|  | utrata kończyn | 2 |
|  | ciężkie oparzenia | 2 |
|  | łagodny nowotwór mózgu | 2 |
|  | oponiak | 3 |
|  | śpiączka | 2 |
|  | operacja aorty | 2 |
|  | choroba Alzheimera | 2 |
|  | operacje zastawek serca w tym również przeszczep zastawek | 2 |
|  | stwardnienie rozsiane | 3 |
|  | choroba Parkinsona | 2 |
|  | zapalenie mózgu | 3 |
|  | schyłkowa niewydolność oddechowa | 2 |
|  | zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych | 3 |
|  | zakażenie wirusem HIV, bez możliwości stwierdzenia przyczyny zakażenia | 3 |
|  | borelioza | 3 |
|  | gruźlica | 2 |
|  | wada serca | 3 |
| ŁĄCZNA MAKSYMALNA LICZBA PUNKTÓW | | 56 |

1. CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY UBEZPIECZONEGO

Świadczenie z tytułu całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego ma charakter jednorazowy

i stanowi równowartość sumy ubezpieczenia określonej dla ryzyka poważnego zachorowania przy czym:

### całkowita niezdolność do pracy rozumiana jest jako niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy spowodowana chorobą lub wypadkiem mającymi miejsce w okresie ubezpieczenia,

### prawo do świadczenia przysługuje w przypadku, gdy okres trwania niezdolności do pracy, (której początek miał miejsce w okresie ubezpieczenia) przekracza 12 miesięcy; podstawą przyznania świadczenia jest orzeczenie lekarskie wydane na podstawie dokumentacji medycznej, przez podmiot uprawniony do orzekania niezdolności do pracy.

### WARUNKI SZCZEGÓLNY - KRYTERIUM DODATKOWE NR 5

### Rozszerzenie definicji niezdolności do pracy Opcjonalnie wykonawca może zastosować rozszerzoną definicji niezdolności do pracy kwalifikującej do wypłaty świadczenia, wprowadzającej odpowiedzialność ubezpieczyciela w przypadku wystąpienia niezdolności do pracy polegającej na niezdolności do wykonywania dotychczasowego zawodu spowodowanej chorobą lub wypadkiem mającymi miejsce w okresie ubezpieczenia, uznającej

### za niezdolność do pracy stanowiącą podstawę wypłaty świadczenia przekraczający 9-cio miesięczny okres jej trwania, której początek miał miejsce w okresie ubezpieczenia, a która została zdiagnozowana na podstawie dokumentacji medycznej, a orzeczenie o niezdolności wydane zostało przez podmiot uprawniony.

### Punktacja: 40 punktów.

1. OPERACJE CHIRURGICZNE UBEZPIECZONEGO

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 postawę do wypłaty świadczenia,
3. dopuszcza 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,
5. liczba klas operacji nie może przekraczać 5,
6. liczba operacji dla najniższej wysokości świadczenia nie może być większa niż 40 % liczby procedur objętych świadczeniem,
7. wysokość najwyższego świadczenia nie może być niższa niż 50% zaoferowanej sumy ubezpieczenia (P11)
8. wysokość najniższego świadczenia nie może być niższa niż 10% zadeklarowanej sumy ubezpieczenia (P11),
9. średnia wartość świadczenia przypadającego na pojedynczą procedurę nie może być niższa niż 25% zadeklarowanej kwoty (P11),
10. 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,
11. brak ograniczeń odpowiedzialności odnoszących się do rodzaju, ilości i częstotliwości w danym okresie ubezpieczenia, a także w trakcie jednego pobytu w szpitalu,
12. w każdym rocznym okresie ubezpieczenia dopuszczalny limit wypłat w odniesieniu do danego ubezpieczonego nie może być niższy niż:
13. zadeklarowana suma ubezpieczenia - z tytułu operacji spowodowanych tym samym zdarzeniem,
14. dwukrotność zadeklarowanej sumy ubezpieczenia (P11) - dla operacji spowodowanych różnymi zdarzeniami.

Limit ulega odnowieniu z początkiem kolejnego 12 – miesięcznego okresu odpowiedzialności

w stosunku do danego ubezpieczonego.

1. LECZENIE SPECJALISTYCZNE UBEZPIECZONEGO

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:

1. wypłata świadczenia jednego z ryzyk wchodzącego w zakres ubezpieczenia nie skutkuje brakiem odpowiedzialność w odniesieniu do innego ryzyka leczenia specjalistycznego,
2. 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
3. wypłata określonego świadczenia powoduje wygaśnięcie odpowiedzialności wykonawcy
4. w odniesieniu do tego ryzyka (terapii).

**WARUNEK SZCZEGÓLNY – KRYTERIUM DODATKOWE NR 6  
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 2punkty
* dializoterapia w leczeniu niewydolności nerek - dodatkowe 2 punkty;

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

### KOSZTY PRODUKTÓW APTECZNYCH

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

### świadczenie należne jest po pobycie ubezpieczonego w szpitalu trwającym co najmniej 2 dni,

### w stosunku do danego ubezpieczonego w każdym dwunastomiesięcznym okresie limit odpowiedzialności stanowi 100% sumy ubezpieczenia.

### świadczenie należne jest w każdym dwunastomiesięcznym okresie odpowiedzialności do wyczerpania limitu dla danego ubezpieczonego,

### brak limitu wysokości świadczenia dla pojedynczego pobytu w szpitalu (możliwość realizacji 100% sumy ubezpieczenia jednorazowo),

### Ubezpieczony ma prawo do częściowego wykorzystania sumy ubezpieczenia w ramach dowolnej ilości zakupów z zastrzeżeniem limitu rocznego,

### limit ulega odnowieniu z początkiem kolejnego 12 – miesięcznego okresu odpowiedzialności w stosunku do danego ubezpieczonego

### 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).

### 

### INDYWIDUALNA KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA

### Wykonawca zapewnia możliwość indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia po ustaniu zatrudnienia u zamawiającego.

### Minimalne obligatoryjne warunki indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia:

### umowa ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego zostanie zawarta pod warunkiem, że:

### wniosek o indywidualne kontynuowanie zostanie złożony przez ubezpieczonego przed upływem 90 dni od daty przekazania przez zamawiającego ostatniej składki,

### ubezpieczony posiada co najmniej 6 – cio miesięczny staż w ubezpieczeniu grupowym lub indywidualnie kontynuowanym z tytułu poprzedniej umowy,

### w dniu składania deklaracji do ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego ubezpieczony ma nie więcej niż:

### w przypadku pracowników - 80 lat

### w przypadku członków rodzin - 69 lat

1. wykonawca zapewnia dożywotnią możliwość indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia,
2. wykonawca zapewnia możliwość przystąpienia do ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego bez konieczności wykonywania badań lekarskich
3. warunki indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia – minimalny zakres ubezpieczenia i minimalna suma ubezpieczenia:
4. zgon ubezpieczonego: 10 000 zł
5. zgon ubezpieczonego na skutek NW: 10 000 zł - świadczenie stanowi sumę świadczeń a) i b)
6. zgon współmałżonka ubezpieczonego: 5 000 zł
7. zgon rodziców ubezpieczonego: 2 000 zł
8. zgon teściów ubezpieczonego: 2 000 zł
9. urodzenie się dziecka ubezpieczonemu: 1 000 zł
10. urodzenie się martwego dziecka ubezpieczonemu: 2 000 zł
11. trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego na skutek wypadku – świadczenie płatne od 1% trwałego uszczerbku: za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu - 100 zł za 1 % uszczerbku
12. osierocenie dziecka: 4 000 zł
13. składka z tytułu powyższych warunków ubezpieczenia nie może przekraczać 60 zł.

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

1. WARUNKI DODATKOWE
2. OCENA RYZYKA
3. brak ograniczeń przystępowania do ubezpieczenia w stosunku do:
4. pracowników i członków rodzin, które w dniu zawarcia umowy przebywają na zwolnieniu lekarskim, przy założeniu, że osoby te objęte były dotychczasowym ubezpieczeniem

u zamawiającego,

1. pracowników nieobjętych dotychczasowym ubezpieczeniem u zamawiającego, którzy przebywają na zwolnieniu lekarskim nie dłuższym niż 30 – dniowe,
2. osób przebywających na urlopach bezpłatnych i wychowawczych,
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 5.,
4. w przypadku dodatkowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania wykonawca może przeprowadzić ocenę medyczną na podstawie uproszczonej ankiety medycznej (zawierającej wyłącznie dane dotyczące rodzaju przebytych poważnych zachorowań oraz dat ich zdiagnozowania) z zastrzeżeniem, że odnosi się ona:
5. do osób nowoubezpieczonych,
6. do pracowników i członków rodzin objętych dotychczasową umową dodatkową u zamawiającego wyłącznie w zakresie poważnych zachorowań stanowiących rozszerzenie umowy aktualnej,
7. wykonawca może zastosować ograniczenie odpowiedzialności w odniesieniu do poważnych zachorowań, które zostały zdiagnozowane przed datą początku umowy ubezpieczenia.
8. SKŁADKA
9. składka z tytułu ubezpieczenia każdej z grup ubezpieczonych stanowić będzie sumę składek jednostkowych ubezpieczonych rozumianych jako główni ubezpieczeni i współubezpieczeni,
10. na podstawie oświadczenia zawartego w deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia Ubezpieczony wraża zgodę na potrącanie ze swojego wynagrodzenia składki na poczet ubezpieczenia członków rodzin.
11. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI
12. odpowiedzialność wykonawcy z tytułu umowy rozpoczyna się w dniu wskazanym w umowie jako początek okresu ubezpieczenia,
13. 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.
14. 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 – 79 lat
* w przypadku członka rodziny – 69 lat
* bez względu na wiek, jeżeli objęta była dotychczasową polisą grupowego ubezpieczenia

u zamawiającego Na wniosek zamawiającego wykonawca może objąć ubezpieczeniem osoby przekraczające wiek wstępu niebędące uczestnikami dotychczasowego ubezpieczenia u zamawiającego.

1. 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:

### główny Ubezpieczony ukończy 80 rok życia

### członek rodziny ukończy 70 rok życia z zastrzeżeniem poniższego

### data końca odpowiedzialności w odniesieniu do Głównego Ubezpieczonego jest równoznaczna z końcem odpowiedzialności wykonawcy w stosunku do członka rodziny (umowy wygasają jednocześnie).

1. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

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:

1. 30 dni – dla pobytu w szpitalu ubezpieczonego, całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego
2. 180 dni – dla operacji chirurgicznych, poważnego zachorowania, leczenia specjalistycznego ubezpieczonego
3. wykonawca może zastosować 6 miesięcy karencji dla osób przystępujących do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od daty nabycia prawa do przystąpienia lub dla ubezpieczonych zmieniających przynależność do podgrupy (za wyjątkiem sytuacji, gdy zmiana odbywa się

w rocznicę polisy) z zastrzeżeniem, że dla opcji urodzenia się dziecka i urodzenia się martwego dziecka ubezpieczonego okres karencji wynosi odpowiednio 9 miesięcy i 6 miesięcy.

1. wykonawca stosuje następującą zasadę:

w stosunku do osób (także członków rodziny), które były objęte ochroną ubezpieczeniową

z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, upływ karencji liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniejszej umowy (nawet jeśli była zawarta u innego pracodawcy lub stanowiła indywidualną kontynuację umowy grupowej dowolnego ubezpieczyciela), pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia zakończyła się, a okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia a datą przystąpienia do niniejszej Umowy był nie dłuższy niż 90 dni.

1. poza wymienionymi przypadkami wykonawca może zastosować karencję do nadwyżek sum ubezpieczenia jednakże wyłącznie w stosunku do umów, które zmieniły się na skutek zmiany przynależności do podgrupy w trakcie trwania umowy, za wyjątkiem zmiany mającej miejsce

w rocznicę polisy

1. w odniesieniu do osób ubezpieczonych w ramach aktualnej umowy u zamawiającego wykonawca nie stosuje karencji do nadwyżek sum ubezpieczenia, które obowiązywały z tytułu aktualnej umowy ubezpieczenia funkcjonującej u zamawiającego,
2. wykonawca nie stosuje karencji w stosunku do osób, które w dniu zawarcia umowy przebywają na zwolnieniu lekarskim, przy założeniu, że osoby te objęte były dotychczasowym ubezpieczeniem u zamawiającego. Powyższe dotyczy również osób przebywających na urlopach bezpłatnych, wychowawczych oraz członków rodzin.
3. wykonawca nie stosuje karencji do zdarzeń spowodowanych wypadkiem.
4. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ

Po otrzymaniu od ubezpieczonego dokumentacji wykonawca zobowiązuje się do niezwłocznej realizacji świadczeń w standardowym dla siebie trybie z zastrzeżeniem poniższych postanowień:

1. 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:
2. drogą pocztową – listem poleconym na wskazany przez wykonawcę adres
3. poprzez złożenie dokumentów w dowolnej placówce wykonawcy na terenie Wrocławia
4. faxem pod wskazanym przez wykonawcę numerem
5. drogą elektroniczną na wskazany przez wykonawcę adres
6. 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 5 dni od daty wpłynięcia roszczenia ubezpieczonego.
7. trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego - wykonawca stosuje dwa tryby oceny stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego:
8. tryb 1 – tylko na podstawie przedłożonej przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej
9. 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.
10. po otrzymaniu decyzji wykonawcy wydanej na podstawie trybu 1 Ubezpieczony ma pełne prawo do skorzystania z trybu 2.
11. szybka likwidacja świadczeń - „świadczenia proste” tj. zgon rodziców lub rodziców współmałżonka ubezpieczonego, zgon dziecka 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.

1. 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:
   * 1. prawidłową techniczną obsługę ubezpieczenia, w tym bieżącą weryfikację płatności (salda) – zaległości, nadpłaty składek
     2. prawidłową i sprawną realizację wynikających z umowy przywilejów ubezpieczonych - dostęp do elektronicznej formy druków, możliwość elektronicznego zgłaszania świadczeń
     3. dostęp do elektronicznych druków i możliwość ich przesyłania on-line,
     4. w szczególności deklaracji przystąpienia, rezygnacji ubezpieczonych, zmiany danych ubezpieczonych i osób uposażonych.