

*Załącznik nr 1***SZCZEGÓŁOWE WARUNKI ZAMÓWIENIA****I. Podstawowe dane**

Stan na wrzesień 2016	Liczba
Pracownicy ogółem	1225
Struktura zawodowo-wiekowa pracowników	<i>Załącznik nr 2 do SIWZ</i>
Pracownicy oraz członkowie rodzin posiadający ochronę ubezpieczeniową w ramach ubezpieczeń grupowych	1387

II. Przedmiot ubezpieczenia:

- Wykonawca akceptuje niezmienność swojej oferty niezależnie od ilości osób przystępujących do ubezpieczenia i znosi minimalny limit ilościowy grupy ubezpieczonych.
- Uprawnieni do ubezpieczenia** - do ubezpieczenia będą mieli prawo przystąpić pracownicy Zamawiającego oraz członkowie ich rodzin, którzy w dniu składania deklaracji przystąpienia ukończyli 18 rok życia i nie ukończyli 69 roku życia.
Do ubezpieczenia będą mogły przystąpić osoby, będące pracownikiem Zamawiającego, które przekroczyły wiek 69 lat pod warunkiem, że były objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia grupowego funkcjonującego u Zamawiającego bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia z Wykonawcą.
Prawo przystąpienia do ubezpieczenia przysługuje również pracownikom i członkom rodzin pracowników, którzy byli objęci ubezpieczeniem grupowym funkcjonującym u Zamawiającego, a którzy w dacie podpisania deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia przebywali na urlopie bezpłatnym, urlopie macierzyńskim, urlopie wychowawczym, zwolnieniu lekarskim, w szpitalu lub mają orzeczoną trwałą niezdolność do pracy/służby przez właściwy organ rentowy.
Wymaga się zapewnienia pełnej ochrony przez cały okres umowy ubezpieczenia zawartej w wyniku przetargu.
- Ubezpieczyciel uznaje swoją odpowiedzialność za skutki stanów chorobowych oraz wypadków, które zostały stwierdzone/zaszły przed początkiem odpowiedzialności Wykonawcy, a których skutki ujawniły się po rozpoczęciu odpowiedzialności Wykonawcy pod warunkiem, że Pracownik lub członek rodziny był ubezpieczony w ramach ubezpieczenia grupowego bezpośrednio



przed zawarciem umowy ubezpieczenia – **zniesienie pre-existingu**. Zniesienie pre-extingu dotyczy następujących ryzyk ubezpieczeniowych:

- zgon ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy,
- zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego,
- zgon ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego (zamiennie udaru mózgu),
- zgonu małżonka ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- ciężkie choroby ubezpieczonego,
- leczenie specjalistyczne,
- operacje chirurgiczne.

4. **Pracownik** – to osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, lub innej umowy cywilnoprawnej w szczególności umowy – zlecenia, umowy o dzieło, której przedmiotem jest świadczenie pracy na rzecz Zamawiającego.
5. **Członek rodziny:**
 - **małżonek** – osoba pozostająca z ubezpieczonym w związku małżeńskim, w stosunku do której nie orzeczono separacji zgodnie z obowiązującymi przepisami, a jeżeli Ubezpieczony nie ma małżonka – **partner życiowy** – rozumiany jako wskazana w deklaracji przystąpienia ubezpieczonego podstawowej osoba nie będąca w formalnym związku małżeńskim, pozostająca z ubezpieczonym podstawowym - również nie będącym w formalnym związku małżeńskim - we wspólnym pożyciu; partner życiowy nie może być spokrewniony z ubezpieczonym podstawowym. Ubezpieczony podstawowy może wskazać partnera życiowego wyłącznie raz w danym roku polisowym. Wskazanie partnera życiowego obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym dokonano wskazania,
 - **pełnoletnie dziecko ubezpieczonego**.
6. Dziecko, w rozumieniu ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek **osierocenia dziecka** oznacza – dziecko ubezpieczonego (własne, a także przysposobione lub pasierb – jeżeli nie żyje ojciec lub matka) w wieku do 18 lat, a w razie uczęszczania do szkoły w wieku do 25 lat lub bez względu na wiek w razie jego całkowitej niezdolności do pracy.
7. Dziecko, w rozumieniu ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek **śmierci dziecka** oznacza - dziecko ubezpieczonego (własne, a także przysposobione lub pasierb – jeżeli nie żyje ojciec lub matka) w wieku do 25 lat.
8. Dziecko, w rozumieniu ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek **urodzenia dziecka** oznacza - urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Kwota świadczenia określona w SIWZ należyta jest za każde dziecko do lat 3 urodzone w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Za urodzenie dziecka uważa się również



- całkowite, nierozwiązywalne przysposobienie przez Ubezpieczonego dziecka urodzonego przed okresem odpowiedzialności Wykonawcy o ile przysposobienie to zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu wydanym w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
9. Zamawiający zastrzega, iż u Zamawiającego będą funkcjonować jednocześnie V GRUP ubezpieczenia. Minimalna partycypacja dla otwarcia GRUPY wynosi 30 ubezpieczonych. Zakres ubezpieczenia, sumy ubezpieczenia i wysokość świadczeń dla ubezpieczonych w danej GRUPIE Zamawiający określa w tabelach świadczeń. O wyborze Grupy decydują osoby do niej przystępujące.
10. Maksymalna szacowana składka ubezpieczeniowa na jedną osobę ubezpieczoną wynosi:
- 42 zł** za jednego ubezpieczonego w **GRUPIE I**,
 - 47 zł** za jednego ubezpieczonego w **GRUPIE II**,
 - 55 zł** za jednego ubezpieczonego w **GRUPIE III**,
 - 61 zł** za jednego ubezpieczonego w **GRUPIE IV**,
 - 71 zł** za jednego ubezpieczonego w **GRUPIE V**.
11. Prawo przystąpienia do ubezpieczenia na warunkach zaproponowanych przez Wykonawcę dla pracowników winni mieć członkowie rodziny przystępującego do ubezpieczenia pracownika. Członkowie rodziny pracownika mają prawo wyboru dowolnej GRUPY ubezpieczenia, niezależnie od GRUPY do której przystąpi pracownik Zamawiającego. Składka ubezpieczeniowa za członków rodziny pracownika będzie opłacana z wynagrodzenia netto pracownika. Składka łączna będzie przekazywana przez Zamawiającego na wskazane przez Wykonawcę konto bankowe.
12. Przyjmuje się, że w stosunku do zakresu ubezpieczenia i definicji poszczególnych ryzyk mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia Towarzystw Ubezpieczeniowych biorących udział w przetargu. Wyjątek od tej zasady stanowi nadrzędność zapisów SIWZ.
Zamawiający akceptuje odmienną treść definicji, o ile nie zawęży ona zakresu ochrony i uprawnień ubezpieczonych w stosunku do założeń SIWZ.
13. **Karencje dla Pracowników:**
- w stosunku do osób będących Pracownikami w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, które przystąpią do ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, wymaga się zniesienia okresów karencji w pełnym zakresie oferty;
 - karencji nie stosuje się również w stosunku do osób zatrudnionych w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, które przystąpią do ubezpieczenia grupowego w okresie 3 miesięcy od daty zatrudnienia;
 - w pozostałych przypadkach zastosowanie mają zapisy OWU dotyczące okresów karencji, z wyłączeniem ryzyk związanych z następstwami nieszczęśliwych wypadków (obowiązuje pełne zniesienie karencji na zdarzenia będące następstwem NW).

**14. Karencje dla członków rodzin Pracowników:**

- Zamawiający wymaga, aby w stosunku do członków rodzin pracownika, którzy przystąpią do ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, nie miały zastosowania okresy karencji w pełnym zakresie oferty. Karencje nie będą miały zastosowania również w stosunku do członków rodziny, które przystąpią do ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia w okresie 3 miesięcy od daty zatrudnienia pracownika, od daty zawarcia związku małżeńskiego oraz ukończenia przez dziecko 18-go roku życia;
- w pozostałych przypadkach zastosowanie mają zapisy OWU dotyczące okresów karencji, z wyłączeniem ryzyk związanych z następstwami nieszczęśliwych wypadków (obowiązuje pełne zniesienie karencji na zdarzenia będące następstwem NW).
- dopuszcza się zastosowanie okresów karencji w stosunku do partnerów życiowych pracowników nie objętych ubezpieczeniem grupowym w ramach umów zawartych przez Zamawiającego przed 01.12.2016r.
- **Indywidualna kontynuacja** - Zamawiający wymaga zagwarantowania dożywotniej indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia dla Ubezpieczonego, bez względu na wiek, po ustaniu stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym oraz w okresie korzystania z urlopu wychowawczego lub bezpłatnego jak również w stosunku do Ubezpieczonego, który odbywa służbę wojskową. W każdym z wymienionych przypadków prawo do indywidualnej kontynuacji przysługuje Ubezpieczonemu, za którego przekazano składkę za okres co najmniej 6 miesięcy. Natomiast w przypadku ustania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym z powodu reorganizacji lub likwidacji bez względu na okres przekazywania. Do tego okresu zaliczany będzie również staż u poprzedniego ubezpieczyciela – pod warunkiem, że została zachowana ciągłość ubezpieczenia.

Oferta indywidualnej kontynuacji może zawierać dwa warianty ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego. O wyborze wariantu decyduje ubezpieczony.

Wariant 1 - obligatoryjny - warunki ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego zgodnie z tabelą (kontynuacja wg zakresu A lub/i zakresu B),

Wariant 2 - fakultatywny - kontynuacja ubezpieczenia zgodnie z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia Indywidualnie Kontynuowanego obowiązującego u Wykonawcy.

Minimalne zakresy ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego – WARIANT 1	Zakres A	Zakres B
	Minimalna wysokość świadczeń w % s.u.	
Zgon ubezpieczonego	100	100
Zgon ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (skumulowana wartość świadczenia)	200	200



Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego (skumulowana wartość świadczenia)	700	200
Zgon małżonka (skumulowana wartość świadczenia)	50	100
Zgon małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku (skumulowana wartość świadczenia)	300	100
Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – świadczenie za 1% uszczerbku	1	1
Zgon rodzica, teścia	20	20
Zgon dziecka	30	30
Osierocenie dziecka	40	40
Urodzenie dziecka	10	10
Urodzenie martwego dziecka	20	20
Maksymalna składka za zakres A lub B za 1 tys. sumy ubezpieczenia w ubezpieczeniu indywidualnie kontynuowanym:	7,00 zł	
Wymagana suma ubezpieczenia co najmniej:	7 000, 10 000, 12 500	
Jeżeli zapisy owu Wykonawcy nie zawierają wymaganego zakresu A lub B kontynuacji Wykonawca jest zobowiązany do dołączenia do oferty warunków indywidualnej kontynuacji zgodnych wymogami stawianymi dla Wariantu I		

15. **Leczenie szpitalne** – zgodnie z owu wykonawcy, ale w znaczeniu nie węższym jak: świadczenie wypłacane w przypadku trwającego nieprzerwalnie dłużej niż 3 dni pobytu ubezpieczonego w szpitalu na skutek choroby i od 1 dnia w przypadku pobytu w wyniku NW; świadczenie wypłacane za min. 90 dni w każdym okresie kolejnych 12 miesięcy udzielonej w wyniku przetargu ochrony ubezpieczeniowej. Wymaga się aby podwyższona kwota dziennego świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym (zamiennie udarem jeżeli przewidują to owu Wykonawcy) należna była za minimum 14 dni pobytu w szpitalu.

W przypadku expiracji umów ubezpieczenia i zmianą Wykonawcy, do ustalenia odpowiedzialności Wykonawca zaliczy okres pobytu w szpitalu przed początkiem nowej ochrony zawartej w wyniku postępowania przetargowego.

Wykonawca obejmie swoją odpowiedzialnością również pobyt w szpitalu spowodowany leczeniem dyskopatii, zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, chorób zwyrodnieniowych stawów, reumatoidalnego zapalenia stawów oraz chorób stawu kolanowego ora koniecznością przeprowadzenia badań diagnostycznych.

16. **Pobyt na OIOM/OIT** - świadczenie powinno obejmować pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na skutek choroby lub wypadku, w wyodrębnionym organizacyjnie



jako osobny oddział w strukturach szpitala, wyposażonym w sprzęt umożliwiający stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych oraz podjęcie czynności zastępczych w przypadku niewydolności narządów lub układów ustroju, trwający nieprzerwanie co najmniej 48 godzin.

17. **Rekonwalescencja**- zgodnie z owu wykonawcy, ale w znaczeniu nie węższym jak: świadczenie wypłacane co najmniej za 30 dni, trwającego bezpośrednio po co najmniej 14-dniowym pobycie w szpitalu, pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym przez oddział szpitalny w którym odbywało się leczenie szpitalne; świadczenie wypłacane za każdy dzień zwolnienia lekarskiego; wymaga się zagwarantowania łącznie wypłaty za minimum 90 dni rekonwalescencji w każdym okresie kolejnych 12 miesięcy udzielonej w wyniku przetargu ochrony ubezpieczeniowej.
18. **Operacje chirurgiczne** - Wykonawca ponosi odpowiedzialność za operacje chirurgiczne wykonywane metodą endoskopową, zamkniętą oraz otwartą wymienione w katalogu operacji chirurgicznych (prosimy o załączenie w ofercie katalogu operacji chirurgicznych), wykonane w placówce medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przez lekarza o specjalności zabiegowej, w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, niezbędnym z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu, w czasie trwania odpowiedzialności w stosunku do danego ubezpieczonego. Liczba kategorii/klas, według których operacje zostaną podzielone i w zależności od których Zakład Ubezpieczeń będzie wypłacał świadczenie nie może być mniejsza niż 3 (najcięższe, pośrednie, najłżejsze). Wykaz operacji powinien zawierać minimum 530 operacji (dopuszcza się zastosowanie w ubezpieczeniu na wypadek operacji chirurgicznych zastosowanie otwartego katalogu operacji zgodnego z Międzynarodową Klasyfikacją Procedur Medycznych ICD9).
Świadczenie z tytułu operacji chirurgicznych należne jest za sam fakt przeprowadzenia operacji, bez względu czy operacja jest wynikiem wcześniej podjętego leczenia lub zdiagnozowanego zachorowania czy nieszczęśliwego wypadku.
19. **Leczenie specjalistyczne** – Wykonawca wypłaci ubezpieczonemu świadczenie w określonej w tabeli świadczeń kwocie w przypadku przeprowadzenia u ubezpieczonego leczenia specjalistycznego, tj. chemioterapii-podania pierwszej dawki leku lub radioterapii-podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego, terapii interferonowej-podania pierwszej dawki leku, wszczepienia kardiowertera (defibrylatora), wszczepienia rozrusznika serca, wykonania ablacji.
Świadczenie z tytułu leczenia specjalistycznego należne jest za sam fakt zastosowania leczenia w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, bez względu czy jest wynikiem wcześniej podjętego leczenia szpitalnego, zdiagnozowanego zachorowania czy nieszczęśliwego wypadku.



20. **Świadczenie apteczne** - świadczenie umożliwiające odbiór w aptece produktów o wartości 100% sumy ubezpieczenia wskazanej w tabeli świadczeń, po odbyciu leczenia szpitalnego spowodowanego chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, objętego odpowiedzialnością Towarzystwa Ubezpieczeniowego na wypadek leczenia szpitalnego. Wykonawca przyzna Ubezpieczonemu prawo do odbioru produktów w aptece za co najmniej trzy rozpoczęte pobyty w szpitalu, w każdym okresie kolejnych 12 miesięcy udzielonej w wyniku przetargu ochrony ubezpieczeniowej, objęte odpowiedzialnością z tytułu ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.
21. **Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem** - oznacza wywołane przyczyną zewnętrzną i niezależne od stanu zdrowia Ubezpieczonego trwałe, nie rokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji.
Zamawiający nie dopuszcza by wypłata świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku była zasadna po osiągnięciu z góry określonego przez Wykonawcę minimalnego progu procentowego trwałego uszczerbku.
22. **Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny** - określenie to w SIWZ rozumiane jest jako nagłe, gwałtowne i niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego nastąpiło zdarzenie objęte ochroną wywołane:
- a) ruchem pojazdów na drodze, w którym ubezpieczony brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca, z tym że „pojazd”, „droga”, „uczestnik ruchu” i „kierowca” rozumiane są zgodnie ze znaczeniem nadanym przez obowiązujące przepisy prawa o ruchu drogowym. Definicja ta obejmuje swym zakresem między innymi takie pojazdy silnikowe jak: motocykle, motorowery, wózki widłowe i inne pojazdy jednośladowe.
 - b) ruchem pojazdu kolejowego ciągniętego przez pojazd trakcyjny, w którym ubezpieczony brał udział jako pasażer albo członek załogi tego pojazdu, z tym że:
 - pojazd kolejowy oznacza pojazd dostosowany do poruszania się na własnych kołach po torach kolejowych,
 - pojazd trakcyjny oznacza pojazd kolejowy z napędem własnym, w tym metro,
 - c) eksploatacją pasażerskiego statku powietrznego koncesjonowanych linii lotniczych, który zaistniał od chwili, gdy jakakolwiek osoba weszła na jego pokład z zamiarem wykonania lotu, do chwili opuszczenia pokładu statku powietrznego przez wszystkie osoby znajdujące się na nim, a statek powietrzny został uszkodzony lub nastąpiło zniszczenie jego konstrukcji albo statek powietrzny zaginął i nie został odnaleziony, a urzędowe jego



- poszukiwania zostały odwołane lub statek powietrzny znajduje się w miejscu, do którego dostęp nie jest możliwy,
- d) ruchem statku, w którym ubezpieczony brał udział jako członek załogi bądź pasażer, a statek zatonął albo został uszkodzony lub nastąpiło zniszczenie jego konstrukcji albo statek zaginął i nie został odnaleziony, a urzędowe jego poszukiwania zostały odwołane lub statek znajduje się w miejscu, do którego dostęp nie jest możliwy
23. **Ankiety medyczne dla pracowników-** Wykonawca nie będzie żądał wypełniania ankiet medycznych lub kwestionariuszy zdrowotnych od przystępujących w dowolnym czasie do ubezpieczenia grupowego pracowników.
24. **Ankiety medyczne dla członków rodzin pracowników** - Wykonawca nie będzie żądał wypełniania ankiet medycznych lub kwestionariuszy zdrowotnych od przystępujących w dowolnym czasie do ubezpieczenia grupowego **małżonków, partnerów życiowych i pełnoletnich dzieci pracowników.**
25. **Ciężkie choroby ubezpieczonego** – wystąpienie u Ubezpieczonego **co najmniej** następujących chorób: anemia aplastyczna, błoniewiec mózgu, chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej by-pass, choroba Creutzfelda-Jakoba, masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie, niewydolność nerek, nowotwór złośliwy, odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu, ropień mózgu, sepsa, tężec, udar, wścieklizna, zakażenie wirusem HIV w następstwie transfuzji krwi lub w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych, zawał serca, zgorzel gazowa, borelioza, choroba aorty brzusznej, choroba aorty piersiowej, gruźlica, przewlekłe zapalenie wątroby, utrata kończyny wskutek choroby, utrata słuchu, wada serca, choroba neuronu ruchowego, choroba Huntingtona, bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo – rdzeniowych, zakażona martwica trzustki, bakteryjne zapalenie wsierdzia, stwardnienie rozsiane, oparzenia, transplantacja organów, utrata wzroku, oponiak, choroba Parkinsona, za które Wykonawca wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w tabeli świadczeń.
26. **Zawał serca** (*def. stosuje się do ubezpieczeń dodatkowych: na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, ciężkiej choroby*) - oznacza wystąpienie u Ubezpieczonego zawału serca, który powoduje:
- a) wzrost lub spadek podwyższonego stężenia biomarkerów sercowych, z zastrzeżeniem, że przynajmniej w jednym pomiarze to stężenie musi przekraczać górną granicę normy oraz obecność co najmniej dwóch z następujących wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- objawy kliniczne niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej),
 - zmiany w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) typowe dla nowo powstałego niedokrwienia,
 - nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowych
- lub



- b) zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych do wartości przekraczającej trzykrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym w przypadku zabiegu **przezskórnej interwencji wieńcowej (PCI)**,
lub
- c) zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych – w przypadku **pomostowania tętnic wieńcowych (CABG)** – do wartości przekraczającej pięciokrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym oraz pojawienie się jednego z następujących objawów:
- nowych patologicznych załamków Q lub nowego bloku lewej odnogi pęczka Hisa,
 - udokumentowanej angiograficznie niedrożności pomostu wieńcowego lub nowej niedrożności natywnej tętnicy wieńcowej,
 - udokumentowanej badaniem obrazowym nowej martwicy mięśnia sercowego.
27. **Przewlekłe zapalenie wątroby** (*def. stosuje się do ubezpieczeń dodatkowych na wypadek ciężkiej choroby*) - oznacza wystąpienie u Ubezpieczonego potwierdzonego badaniem biopsyjnym zapalenia wątroby w następstwie zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B lub C, w którym wyznaczniki procesu zapalnego utrzymują się ponad 6 miesięcy.
28. **Sepsa** (*def. stosuje się do ubezpieczeń dodatkowych na wypadek ciężkiej choroby*) – oznacza wystąpienie u Ubezpieczonego reakcji zapalnej, powstającej w przebiegu zakażenia meningokokowego lub pneumokokowego, powikłanej niewydolnością wielonarządową; przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów, do których zaliczamy ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątrobę.
29. **Gruźlica** (*def. stosuje się do ubezpieczeń dodatkowych na wypadek ciężkiej choroby*) - oznacza wystąpienie u Ubezpieczonego choroby zakaźnej spowodowanej prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*) z zajęciem miąższu płucnego lub drzewa tchawiczno-oskrzelowego bądź też opłucnej, węzłów chłonnych klatki piersiowej, układu moczowo-płciowego, kości i stawów, opon mózgowych. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem badania bakteriologicznego bądź histologicznego i decyzją o wdrożeniu leczenia przeciwprątkowego.
30. **Wścieklizna** (*def. stosuje się do ubezpieczeń dodatkowych na wypadek ciężkiej choroby*) - oznacza zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej u Ubezpieczonego w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, której istotą jest ostre zapalenie mózgu i rdzenia wywołane przez wirusa wścieklizny (*Rabies virus*).
31. **Borelioza** (*def. stosuje się do ubezpieczeń dodatkowych na wypadek ciężkiej choroby*) - oznacza krętkowicę przenoszoną przez kleszcze przebiegającą z różnorodnymi objawami narządowymi, między innymi ze zmianami skórnymi objawiającymi się rumieniem, zapaleniem stawów, zapaleniem mięśnia



sercowego oraz różnorodnymi objawami neurologicznymi i skutkującą koniecznością leczenia szpitalnego. Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego choroby skutkujące hospitalizacją powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 69.2) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego.

32. **Tężec** (*def. stosuje się do ubezpieczeń dodatkowych na wypadek ciężkiej choroby*) - oznacza zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, która przebiegała klinicznie w postaci uogólnionej i którą wywołała neurotoksyna produkowana przez laseczki tężca (*Clostridium tetani*).
33. **Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu** (*def. stosuje się do ubezpieczeń dodatkowych na wypadek ciężkiej choroby*) - oznacza wystąpienie u Ubezpieczonego choroby przenoszonej przez kleszcze przebiegającej z różnorodnymi objawami neurologicznymi, skutkującymi koniecznością hospitalizacji, potwierdzoną badaniem płynu mózgowo - rdzeniowego. Rozpoznanie choroby powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 84) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego.
34. **Ropień mózgu** (*def. stosuje się do ubezpieczeń dodatkowych na wypadek ciężkiej choroby*) - oznacza usuniętą chirurgicznie zmianę w mózgu opisaną w rozpoznaniu histopatologicznym jako ropień mózgu.
35. **Bąblowiec mózgu** (*def. stosuje się do ubezpieczeń dodatkowych na wypadek ciężkiej choroby*) - oznacza usuniętą chirurgicznie zmianę w mózgu, składającą się z pojedynczych lub mnogich larw typu echinococcus (pęcherz bąblowcowy), potwierdzoną w rozpoznaniu histopatologicznym;
36. **Stwardnienie rozsiane** (*def. stosuje się do ubezpieczeń dodatkowych na wypadek ciężkiej choroby*) - oznacza przewlekłą chorobę charakteryzującą się występowaniem ubytkowych objawów neurologicznych powstałych w wyniku rozsianych zmian demielinizacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym, przebiegającą z okresami rzutów i remisji lub o przebiegu postępującym. Rozpoznanie musi być postawione na podstawie:
 - a) badania podmiotowego, w którym stwierdza się co najmniej dwa odrębne w czasie rzuty choroby (oddzielone od siebie okresami dłuższymi niż 30 dni),
 - b) badania przedmiotowego, w którym stwierdza się co najmniej dwa objawy ubytkowe z odrębnych części ośrodkowego układu nerwowego,
 - c) badania rezonansu magnetycznego (MRI), w którym stwierdza się obraz charakterystyczny dla stwardnienia rozsianego.Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie.



37. **Wada serca** (*def. stosuje się do ubezpieczeń dodatkowych na wypadek ciężkiej choroby*) - oznacza zastawkową wadę serca wymagającą wymiany chorobowo zmienionej naturalnej zastawki bądź zastawek serca z wszczepieniem protezy zastawkowej; rozpoznanie musi być oparte na dokumentacji potwierdzającej przebyłą w trakcie odpowiedzialności operację wszczepienia jednej lub więcej protez zastawkowych; odpowiedzialność Wykonawcy nie obejmuje zabiegów rekonstrukcji nieprawidłowo pracujących elementów zastawek naturalnych.
38. **Anemia aplastyczna** (*def. stosuje się do ubezpieczeń dodatkowych na wypadek ciężkiej choroby*) - oznacza przewlekłą i nieodwracalną niewydolność szpiku, powodującą łączne wystąpienie spadku liczby krwinek czerwonych, krwinek białych i płytek krwi, oraz powodującą konieczność regularnego przyjmowania leków immunosupresyjnych lub przeszczepu szpiku kostnego; rozpoznanie musi być oparte na wynikach biopsji szpiku kostnego.
39. **Bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo - rdzeniowych** (*def. stosuje się do ubezpieczeń dodatkowych na wypadek ciężkiej choroby*) - oznacza rozpoznaną na podstawie badania ogólnego płynu mózgowo-rdzeniowego i dodatniego posiewu płynu mózgowo-rdzeniowego, leczoną w warunkach szpitalnych, ostrą chorobę zakaźną.
40. **Bakteryjne zapalenia wsierdza** (*def. stosuje się do ubezpieczeń dodatkowych na wypadek ciężkiej choroby*) - oznacza pozaszpitalne infekcyjne zapalenie wsierdza (IZW) u osoby z własnymi zastawkami serca i bez ciał obcych w układzie sercowo-naczyniowym, rozpoznane w oparciu o obowiązujące kryteria medyczne przez specjalistę w zakresie chorób wewnętrznych lub kardiologii. Z odpowiedzialności wyłączone są przypadki tej choroby zdiagnozowane u osób z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca.
41. **Chorobę aorty brzusznej** (*def. stosuje się do ubezpieczeń dodatkowych na wypadek ciężkiej choroby*) - oznacza tętniakowate poszerzenie lub rozwarstwienie aorty brzusznej – z wyłączeniem odgałęzień na poziomie aorty, które wymagało przeprowadzenia operacji chirurgicznej polegającej na wymianie chorobowo zmienionego odcinka aorty z zastosowaniem protezy naczyniowej; rozpoznanie musi być oparte na dokumentacji potwierdzającej przebyłą w trakcie odpowiedzialności operację wszczepienia protezy naczyniowej.
42. **Choroba aorty piersiowej** (*def. stosuje się do ubezpieczeń dodatkowych na wypadek ciężkiej choroby*) - oznacza tętniakowate poszerzenie lub rozwarstwienie aorty piersiowej – z wyłączeniem odgałęzień na poziomie aorty, które wymagało przeprowadzenia operacji chirurgicznej polegającej na wymianie chorobowo zmienionego odcinka aorty z zastosowaniem protezy naczyniowej; rozpoznanie musi być oparte na dokumentacji potwierdzającej przebyłą w trakcie odpowiedzialności operację wszczepienia protezy naczyniowej.



43. **Choroba Huntingtona** (*def. stosuje się do ubezpieczeń dodatkowych na wypadek ciężkiej choroby*) - oznacza postępującą chorobę ośrodkowego układu nerwowego, rozpoznaną przez specjalistę w zakresie neurologii, w oparciu o dostępne w tym zakresie metody diagnostyczne.
44. **Choroba neuronu ruchowego** (*def. stosuje się do ubezpieczeń dodatkowych na wypadek ciężkiej choroby*) - oznacza postępującą chorobę zwyrodnieniową układu nerwowego spowodowaną wybiórczym uszkodzeniem neuronów ruchowych – obwodowego i ośrodkowego. Podstawą rozpoznania postawionego przez specjalistę w zakresie neurologii jest obraz kliniczny i wynik badania elektromiografii.
45. **Chorobę Parkinsona** (*def. stosuje się do ubezpieczeń dodatkowych na wypadek ciężkiej choroby*) - oznacza przewlekłe schorzenie układu pozapiramidowego, spowodowane pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zmniejszenia liczby neuronów produkujących dopaminę, którego następstwem jest wystąpienie co najmniej dwóch z trzech klasycznych objawów osiowych choroby, tj. drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego, plastycznego wzmożenia napięcia mięśniowego (sztywności mięśniowej), zmniejszających się po zastosowaniu leków stymulujących układ dopaminergiczny, zwłaszcza lewodopy. Konieczne jest wykluczenie parkinsonizmu objawowego.
46. **Masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie** (*def. stosuje się do ubezpieczeń dodatkowych na wypadek ciężkiej choroby*) - oznacza usunięcie świeżej skrzepliny z pnia tętnicy płucnej poprzez jego nacięcie (tzw. embolektomia chirurgiczna) w trakcie zabiegu operacyjnego wykonanego w trybie pilnym z powodu ostrego zatoru tętnicy płucnej.
47. **Zgorzel gazowa** (*def. stosuje się do ubezpieczeń dodatkowych na wypadek ciężkiej choroby*) - oznacza zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych, z powodu rozpoznanego w dokumentacji medycznej ciężkiego zakażenia przyranego, przebiegającego z rozległym obrzękiem, martwicą mięśni, wytwarzaniem gazu w tkankach oraz towarzyszącymi ogólnymi objawami toksemii, spowodowanego przez bakterie: *Clostridium perfringens*, *Clostridium Novyi* (*oedematiens*) lub *Clostridium septicum*.
48. **Zakażona martwica trzustki** (*def. stosuje się do ubezpieczeń dodatkowych na wypadek ciężkiej choroby*) - oznacza pierwszorazowe wykonanie operacji chirurgicznej, polegającej na laparotomii i nekrektomii, czyli otwarciu jamy brzusznej i usunięciu martwiczych tkanek okołotrzustkowych lub trzustki u osoby, u której rozpoznano zakażenie tych tkanek w przebiegu ostrego zapalenia trzustki

III. Zakres ubezpieczenia – tabela świadczeń



Zakres ochrony ubezpieczeniowej winien obejmować następujące zdarzenia i wysokość świadczeń:

l.p.	Zakres ubezpieczenia <i>*skumulowana wysokość świadczeń</i>	Grupa I	Grupa II	Grupa III	Grupa IV	Grupa V
		Wysokość wypłacanego świadczenia w zł				
1.	Zgon ubezpieczonego*	30 000	30 000	40 000	50 000	60 000
2.	Zgon ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku*	60 000	60 000	80 000	100 000	150 000
3.	Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego*	90 000	90 000	120 000	150 000	180 000
4.	Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy*	90 000	90 000	120 000	150 000	180 000
5.	Zgon ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego(zamiennie udaru mózgu)*	60 000	60 000	80 000	100 000	120 000
6.	Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – świadczenie za 1% uszczerbku	280	360	400	400	500
7.	Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego(zamiennie udaru mózgu) - świadczenie za 1% uszczerbku	280	360	400	400	500
8.	Zgon małżonka ubezpieczonego	10 500	10 500	15 000	17 500	20 000
9.	Zgon małżonka ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku*	16 500	16 500	20 000	27 500	40 000
10.	Zgon rodzica ubezpieczonego i rodzica małżonka ubezpieczonego	1 600	1 800	2 100	2 500	2 700
11.	Urodzenie się dziecka ubezpieczonemu	1 100	1 100	1 300	1 500	1 700
12.	Urodzenie martwego dziecka	2 100	2 100	2 600	3 000	3 400
13.	Zgon dziecka ubezpieczonego	2 450	2 450	3 000	3 500	3 500
14.	Osierocenie dziecka – jednorazowe świadczenie dla każdego dziecka	2 800	3 200	3 500	4 000	4 500
15.	Ciężkie choroby ubezpieczonego	4 000	6 000	6 000	6 000	7 000
16.	Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu spowodowany chorobą oraz powyżej 14-go dnia pobytu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym (zamiennie udarem mózgu)	35	40	50	50	60
17.	Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w	105	120	150	150	300



	szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – wypłacane za każdy dzień pobytu od 1-go do 14-go dnia					
18.	Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu spowodowany zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym(zamiennie udarem mózgu) – wypłacane za każdy dzień pobytu od 1-go do 14-go dnia *	70	80	100	100	120
19.	Świadczenie dodatkowe za pobyt w szpitalu na OIT/OIOM	350	400	500	500	600
20.	Rekonwalescencja	17,50	20	20	25	30
21.	Operacje chirurgiczne - <i>suma ubezpieczenia:</i>	BRAK	4 000	5 000	6 000	6 000
22.	Leczenie specjalistyczne	BRAK	BRAK	2 000	2 000	3 000
23.	Świadczenie apteczne	BRAK	200	200	200	300

IV. Warunki ubezpieczenia - klauzule dodatkowe

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

1. Klauzula zniesienia ograniczeń czasowych warunkujących wypłatę świadczeń - OBLIGATORYJNA

Wymaga się zniesienia ograniczeń czasowych w wypłacie świadczenia z tytułu:

- śmierci ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- śmierci ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego,
- śmierci ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy,
- śmierci ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego (zamiennie udaru mózgu),
- wystąpienia w okresie odpowiedzialności Wykonawcy trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- wystąpienia w okresie odpowiedzialności Wykonawcy trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego(zamiennie udaru mózgu).

Wypłata świadczenia z tytułu zajścia wymienionych zdarzeń jest zasadna bez względu na długość czasu jaki upłynął pomiędzy śmiercią, wystąpieniem trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego a zdarzeniem je wywołującym.

2. Klauzula gwarancji wypłaty pełnej kwoty odszkodowania - OBLIGATORYJNA

Nie dopuszcza się pomniejszenia kwoty wypłaty świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego będącego następstwem choroby, nieszczęśliwego wypadku, czy



zgonu ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub krwotoku śródmózgowego(zamiennie udaru mózgu) o świadczenia wcześniej wypłacone z tytułu choroby, trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego będącego wynikiem tego samego nieszczęśliwego wypadku, czy zawału serca lub krwotoku śródmózgowego(zamiennie udaru mózgu).

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

W przypadku konieczności stawienia się ubezpieczonego na komisji lekarskiej/przeprowadzenia badania lekarskiego, Wykonawca zapewni organizację komisji lekarskiej/badania lekarskiego orzekających o stanie zdrowia ubezpieczonych na potrzeby realizacji umowy, w placówkach medycznych zlokalizowanych w odległości 20 km od miejsca zamieszkania Ubezpieczonego lub na terenie Krosna.

(Zamawiający dopuszcza ocenę zaoczną stanu zdrowia Ubezpieczonego)

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

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

5. Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność Wykonawcy za pobyt Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym lub w szpitalu rehabilitacyjnym – OBLIGATORYJNA

Rozszerzenie dotyczy pierwszego pobytu ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym lub szpitalu rehabilitacyjnym z całodobową opieką lekarską, związanego z rehabilitacją konieczną do usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku lub choroby, a która rozpoczęła się nie później jak 6 miesięcy po zakończeniu pobytu ubezpieczonego w szpitalu, związanego z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą.

6. Udostępnienie na wniosek Zamawiającego lub Pełnomocnika tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu obowiązującej w Zakładzie Ubezpieczeń w dniu składania oferty – OBLIGATORYJNA

7. Klauzula udostępnienia systemu elektronicznego obsługi polis - OBLIGATORYJNA

Wykonawca zobowiązuje się, od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, do nieodpłatnego udostępnienia Zamawiającemu co najmniej elektronicznego systemu obsługi polisy (np. składnik pakietu biurowego MS Office - Excel). System ten,



poprzez łącze internetowe, usprawniać będzie obsługę polisy w zakresie co najmniej:

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

8. Klauzula rozszerzająca system elektronicznej obsługi polis o dedykowaną klientowi aplikację internetową – 3 pkt

Wykonawca zobowiązuje się w terminie 1 miesiąca od zawarcia umowy ubezpieczenia, do nieodpłatnego udostępnienia Zamawiającemu elektronicznej aplikacji przeznaczonej do zarządzania obsługą polisy. Aplikacja ta, poprzez łącze internetowe, usprawniać będzie obsługę polisy, umożliwiając dokonywanie w drodze elektronicznej następujących czynności:

- prowadzenie ewidencji osób objętych programem ubezpieczenia,
- ewidencjonowanie osób przystępujących do programu ubezpieczenia,
- ewidencjonowanie osób występujących z programu ubezpieczenia,
- rozliczenie składek miesięcznych (w tym możliwość sprawdzania sald wpłaconych składek ubezpieczeniowych),
- generowanie wniosku o wypłatę świadczeń umożliwiające jego późniejsze wydrukowanie,
- generowanie wniosku o przejście na indywidualną kontynuację umożliwiające jego późniejsze wydrukowanie,
- ewidencjonowanie zmian danych osobowych osób objętych programem Ubezpieczenia,
- generowanie indywidualnych potwierdzeń uczestnictwa w programie ubezpieczeniowym,
- ewidencjonowanie danych i możliwość zmiany danych ubezpieczającego.

9. Klauzula szybkiej likwidacji świadczeń– maksymalnie 6 pkt

Winna gwarantować:

- a) możliwość zgłaszania świadczeń za pośrednictwem Internetu (*brak konieczności wysyłania do Ubezpieczyciela w formie papierowej wymaganej dokumentacji*) – **3 pkt**,
- b) możliwość zgłaszania świadczeń w jednostce Wykonawcy zlokalizowanej na terenie Krosna - **3 pkt**.

10. Gwarancja wypłaty świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego za skrócony pobyt Ubezpieczonego w szpitalu – maksymalnie 6 pkt

- a) ustala się odpowiedzialność Wykonawcy w przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą trwającym **3 dni – 3 pkt**,



- b) ustala się odpowiedzialność Wykonawcy w przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą trwającym **2 dni – 6 pkt.**

11. Gwarancja wypłaty minimalnego świadczenia z tytułu operacji chirurgicznych - 1 pkt

Ustala się minimalne świadczenie z tytułu przeprowadzenia operacji chirurgicznej sklasyfikowanej w tabeli operacji chirurgicznych Wykonawcy jako najłżejsze w wysokości min. 10% sumy ubezpieczenia wskazanej w tabeli świadczeń.

12. Gwarancja zapewnienia bezgotówkowego odbioru produktów aptecznych w ramach świadczenia aptecznego – 1 pkt

Wykonawca zapewni realizację świadczenia w formie bezgotówkowej przez wydanie karty uprawniającej do bezgotówkowego odbioru produktów aptecznych o wartości 100% sumy ubezpieczenia wskazanej w tabeli świadczeń, po odbyciu leczenia szpitalnego spowodowanego chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, objętego odpowiedzialnością Towarzystwa Ubezpieczeniowego na wypadek leczenia szpitalnego, w sieci aptek z którymi Wykonawca zawarł umowę o współpracy z zakresie „Karty Aptecznej”. Wykonawca przyzna Ubezpieczonemu prawo do odbioru produktów w apteczkę za co najmniej trzy rozpoczęte pobyty w szpitalu, w każdym okresie kolejnych 12 miesięcy funkcjonowania umowy zawartej w wyniku przetargu, objęte odpowiedzialnością z tytułu ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

13. Klauzula prewencji – maksymalnie 6 pkt

Wykonawca w trakcie trwania umowy ubezpieczenia zawartej w wyniku przetargu, stawia do dyspozycji Ubezpieczającego środki pieniężne pochodzące z działalności prewencyjnej:

- a) jednorazowo w ciągu trwania umowy ubezpieczenia zawartej w wyniku przetargu – 3 pkt,
- b) w każdym roku trwania umowy ubezpieczenia zawartej w wyniku przetargu – 6 pkt.

Przekazane środki będą wykorzystane w całości na zadania związane z ochroną zdrowia i życia ludzkiego oraz ograniczeniem szkodowości. Ubezpieczyciel przekazuje Ubezpieczającemu środki pieniężne w ciągu 3 miesięcy od dnia otrzymania wniosku o ich przyznanie. Ubezpieczający przedstawi Ubezpieczycielowi rachunki i kosztorys potwierdzający sposób wydatkowania przekazanych środków.

14. Klauzula zniżek indywidualnych – 2 pkt

Wykonawca gwarantuje - dla pracowników ubezpieczonych w ramach umowy zawartej w drodze niniejszego postępowania przetargowego - zniżkę w wysokości min. 5% na indywidualne ubezpieczenia majątkowe w życiu prywatnym.



Zawarcie ubezpieczenia majątkowego z gwarantowaną zniżką jest indywidualną i dobrowolną decyzją ubezpieczonego pracownika.

Wykonawca winien przedstawić w ramach oferty zakres ubezpieczeń majątkowych podlegających zniżkom (zakres musi obejmować ubezpieczenia komunikacyjne) i wysokość oferowanych zniżek.

15. Klauzula akwizycyjna – 5 pkt

Klauzula zobowiązuje Wykonawcę do:

- przedstawienia pośrednikowi reprezentującemu Zamawiającego harmonogramu prac akwizycyjnych,
- aktywnego udziału w akcji informacyjnej oraz pomocy w procesie akwizycyjnym, w tym udział w spotkaniach informacyjnych,
- przygotowania oraz dostarczenia Zamawiającemu materiałów akwizycyjnych, tj: ulotki, deklaracje przystąpienia do ubezpieczenia, listy akwizycyjne,
- zorganizowania szkolenia obsługowego dla pracowników administrujących umowy ubezpieczenia u Zamawiającego.

16. Gwarancja podwyższenia wysokości świadczeń w wybranym zakresie ochrony ubezpieczeniowej – maksymalnie 20 pkt

Zakres ubezpieczenia		Wysokość świadczenia dodatkowego w zł	AKCEPTACJA ŚWIADCZENIA W GRUPACH				
			I	II	III	IV	V
			tak/nie tak – 1 pkt, nie - 0 pkt				
a)	Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – świadczenie za 1% uszczerbku	20					
b)	Ciężkie choroby ubezpieczonego	1 000					
c)	Operacje chirurgiczne	s.u.1 000					
d)	Leczenie specjalistyczne	1 000					

Beata Sobkowicz-Gostyńska