



SZCZEGÓŁOWE WARUNKI ZAMÓWIENIA

I. Podstawowe dane:

Stan na sierpień 2016	Liczba
Pracownicy zatrudnieni ogółem	652
Struktura zawodowo-wiekowa pracowników	Załącznik nr 2 do SIWZ
Pracownicy posiadający ochronę ubezpieczeniową w ramach ubezpieczeń grupowych (w tym powyżej 68)	527 (4)
Członkowie rodzin posiadający ochronę ubezpieczeniową w ramach ubezpieczeń grupowych na prawach pracownika	111

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 pracownikami i członkowie rodzin pracowników 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 ochrony ubezpieczeniowej w pełnym zakresie przez cały okres umowy ubezpieczenia zawartej w wyniku przetargu w stosunku do wszystkich ubezpieczonych.
- Ubezpieczyciel uzna swoją odpowiedzialność za skutki stanów chorobowych oraz wypadków, które zostały stwierdzone/zaszły przed początkiem odpowiedzialności

SUPRA BROKERS®

54-118 Wrocław, Aleja Śląska 1, tel.071 77 70 400, faks 071 77 70 455, e-mail: centrala@suprabrokers.pl

Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej, VI Wydz. Gospod., nr KRS: 0000425834,

kapitał zakł.: 2.000.818,40 zł – wpłacony w całości, NIP: 894-30-41-146, REGON 021916234

www.suprabrokers.pl



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-existing**. 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 udaru mózgu,
- zgonu małżonka ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- ciężkie choroby ubezpieczonego.

4. **Pracownik:**

– osoba fizyczna zatrudniona pozostająca w stosunku prawnym z Zamawiającym, 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 podstawowa 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 lub bez względu na wiek w razie jego całkowitej niezdolności do pracy.
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 należna 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 DWIE GRUPY ubezpieczenia pod warunkiem zachowania na każdej GRUPIE minimum 30 osób 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. 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. Zamawiający szacuje składkę ubezpieczeniową na jedną osobę ubezpieczoną w wysokości:
50,00 zł za jednego ubezpieczonego w **GRUPIE I**,
60,00 zł za jednego ubezpieczonego w **GRUPIE II**.
 11. Przyjmuje się, że w stosunku do zakresu ubezpieczenia i definicji poszczególnych ryzyk mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia Towarzystw Ubezpieczeniowych biorących udział w przetargu. Wyjątek od tej zasady stanowi nadrzędność zapisów SIWZ.
Zamawiający akceptuje odmienną treść definicji, o ile nie zawęży ona zakresu ochrony i uprawnień ubezpieczonych w stosunku do założeń SIWZ.
 12. **Karencje dla Pracowników:**
 - w stosunku do osób będących Pracownikami w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, które przystąpią do ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, wymaga się zniesienia okresów karencji w pełnym zakresie oferty;
 - karencji nie stosuje się również w stosunku do osób zatrudnionych w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, które przystąpią do ubezpieczenia grupowego w okresie 3 miesięcy od daty zatrudnienia;
 - w pozostałych przypadkach zastosowanie mają zapisy OWU dotyczące okresów karencji, z wyłączeniem ryzyk związanych z następstwami nieszczęśliwych wypadków (obowiązuje pełne zniesienie karencji na zdarzenia będące następstwem NW).
 13. **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).

14. **Indywidualna kontynuacja** - Zamawiający wymaga zagwarantowania dożywotniej indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia dla Ubezpieczonego, bez względu na wiek, po ustaniu stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym oraz w okresie korzystania z urlopu wychowawczego lub bezpłatnego jak również w stosunku do Ubezpieczonego, który odbywa służbę wojskową. W każdym z wymienionych przypadków prawo do indywidualnej kontynuacji przysługuje Ubezpieczonemu, za którego przekazano składkę za okres co najmniej 6 miesięcy. Natomiast w przypadku ustania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym z powodu reorganizacji lub likwidacji bez względu na okres przekazywania. Do tego okresu zaliczany będzie również staż u poprzedniego ubezpieczyciela – pod warunkiem, że została zachowana ciągłość ubezpieczenia.

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
<i>Maksymalna składka za zakres A lub B za 1 tys. sumy ubezpieczenia w ubezpieczeniu indywidualnie kontynuowanym:</i>	7,00 zł	
<i>Jeżeli zapisy OWU Wykonawcy nie zawierają wymaganego zakresu A lub B kontynuacji Wykonawca jest zobowiązany do dołączenia do oferty warunków indywidualnej kontynuacji zgodnych z wymogami stawianymi dla Wariantu I</i>		

15. **Leczenie szpitalne** – zgodnie z OWU Wykonawcy, ale w znaczeniu nie węższym jak: świadczenie wypłacane w przypadku trwającego nieprzerwalnie dłużej niż 2 dni pobytu ubezpieczonego w szpitalu (od pierwszego dnia pobytu w szpitalu); świadczenie wypłacane za 180 dni w każdym okresie kolejnych 12 miesięcy, trwającym między rocznicami polisy.
Wykonawca obejmie swoją odpowiedzialnością również pobyt w szpitalu spowodowany leczeniem dyskopatii, zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, chorób zwyrodnieniowych stawów, reumatoidalnego zapalenia stawów oraz chorób stawu kolanowego.
Wykonawca obejmie swoją odpowiedzialnością również pobyt w szpitalu spowodowany ciężką wysoką ryzyka, porodem o przebiegu patologicznym oraz komplikacjami położu stanowiącymi zagrożenie dla życia kobiety.
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.
16. **Operacje chirurgiczne** - Wykonawca ponosi odpowiedzialność za operacje chirurgiczne wykonywane metodą endoskopową, zamkniętą oraz otwartą wymienione w katalogu operacji chirurgicznych, wykonane w placówce medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, krajach Unii Europejskiej oraz na terytorium co najmniej Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, USA, Szwajcarii, Watykanu, 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, operacji, zgodna z obowiązującymi w dniu składania oferty OWU Wykonawcy, z zastrzeżeniem iż za operacje najłżejsze (najmniej skomplikowane pod względem medycznym) wypłata świadczenia będzie wynosić nie mniej niż 10% sumy ubezpieczenia.** 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.



17. **Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem** – oznacza wywołane przyczyną zewnętrzną i niezależne od stanu zdrowia oraz woli Ubezpieczonego, trwale i 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.
18. **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:
- 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.
 - 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,
 - 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,
 - 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.
19. **Ankiety medyczne dla pracowników** - Wykonawca nie będzie żądał wypełniania ankiet medycznych lub kwestionariuszy zdrowotnych od przystępujących w dowolnym czasie trwania umowy pracowników Zamawiającego.
20. **Ankiety medyczne dla członków rodzin pracowników** - Wykonawca nie będzie żądał wypełniania ankiet medycznych lub kwestionariuszy zdrowotnych od przystępujących w dowolnym czasie trwania umowy małżonków, pełnoletnich dzieci oraz partnerów życiowych pracowników Zamawiającego.



21. **Ciężkie choroby Ubezpieczonego** – wystąpienie u Ubezpieczonego **co najmniej** następujących chorób:
anemia aplastyczna, bąblowiec 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, 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, śpiączka za które Wykonawca wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w tabeli świadczeń.
22. **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:
- 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 obrazowychlub
 - zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych do wartości przekraczającej trzykrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym w przypadku zabiegu **przeskórnej interwencji wieńcowej (PCI)**,
lub
 - zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych – w przypadku **pomostowania tętnic wieńcowych (CABG)** – do wartości przekraczającej pięciokrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym oraz pojawienie się jednego z następujących objawów:
 - nowych patologicznych załamek 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.
23. **Przewlekłe zapalenie wątroby** (*def. stosuje się do ubezpieczeń dodatkowych na wypadek ciężkiej choroby*) - oznacza wystąpienie u Ubezpieczonego potwierdzonego badaniem laboratoryjnym zapalenia wątroby w następstwie zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B lub C, w którym wyznaczniki procesu zapalnego utrzymują się ponad 6 miesięcy.



24. **Sepsa** (*def. stosuje się do ubezpieczeń dodatkowych na wypadek ciężkiej choroby*) – oznacza wystąpienie u Ubezpieczonego reakcji zapalnej, powstającej w przebiegu zakażenia, 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.
25. **Gruźlica** (*def. stosuje się do ubezpieczeń dodatkowych na wypadek ciężkiej choroby*) - oznacza wystąpienie u Ubezpieczonego choroby zakaźnej spowodowanej prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*) z zajęciem mięszu płucnego lub drzewa tchawiczo-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.
26. **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*).
27. **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.
28. **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.
29. **Ciężkie choroby dziecka Ubezpieczonego** – Wykonawca wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie maksymalnie w wysokości określonej w tabeli świadczeń dodatkowych za wystąpienie u dziecka Ubezpieczonego, którego wiek w dniu wystąpienia u niego ciężkiej choroby nie przekracza 25 lat, co najmniej następujących chorób: łagodnego guza mózgu, ciężkiego oparzenia, utrata wzroku (ślepoty), nabytej niedokrwistości



aplastycznej, nabytej niedokrwistości hemolitycznej, dystrofii mięśni, gorączki reumatycznej z przetrwałymi powikłaniami sercowymi, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, nabytej przewlekłej choroby serca, nagminnego porażenia dziecięcego (poliomyelitis), niewydolności nerek, nowotworu złośliwego, porażenia (paraliżu), przewlekłe wirusowego zapalenia wątroby typu B lub C, śpiączki, tężca, utraty kończyn, utraty słuchu, zakażenia HIV w wyniku transfuzji krwi, zapalenia mózgu.

III. Zakres ubezpieczenia – tabela świadczeń

Zakres ochrony ubezpieczeniowej winien obejmować następujące zdarzenia i wysokość świadczeń:

L.P.	Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego	GRUPA I	GRUPA II
		Wysokość wypłacanego świadczenia w zł	
1.	Zgon ubezpieczonego	40 000	60 000
2.	Zgon ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku <i>(skumulowana wartość świadczenia)</i>	80 000	120 000
3.	Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego <i>(skumulowana wartość świadczenia)</i>	130 000	180 000
4.	Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy <i>(skumulowana wartość świadczenia)</i>	130 000	180 000
5.	Zgon ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu <i>(skumulowana wartość świadczenia)</i>	80 000	120 000
6.	Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – świadczenie za 1% uszczerbku	450	550
7.	Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu - świadczenie za 1% uszczerbku	700	700
8.	Zgon małżonka ubezpieczonego	10 000	20 000
9.	Zgon małżonka ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku <i>(skumulowana wartość świadczenia)</i>	20 000	40 000
10.	Zgon rodzica ubezpieczonego i rodzica małżonka ubezpieczonego	2 000	2 500
11.	Urodzenie się dziecka ubezpieczonemu	1 000	-
12.	Urodzenie martwego dziecka	2 000	-
13.	Zgon dziecka ubezpieczonego	3 000	-
14.	Osierocenie dziecka – jednorazowe świadczenie dla każdego dziecka	4 000	-
15.	Ciężkie choroby ubezpieczonego	5 000	10 000
16.	Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu spowodowany chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem – wypłacane za każdy dzień pobytu od 1-go do 180-go dnia	100	100
17.	Operacje chirurgiczne <i>suma ubezpieczenia:</i>	5 000	6 000

SUPRA BROKERS®

54-118 Wrocław, Aleja Śląska 1, tel.071 77 70 400, faks 071 77 70 455, e-mail: centrala@suprabrokers.pl

Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej, VI Wydz. Gospod., nr KRS: 0000425834,

kapitał zakł.: 2.000.818,40 zł – wpłacony w całości, NIP: 894-30-41-146, REGON 021916234

www.suprabrokers.pl



L.P.	Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego	GRUPA I	GRUPA II
		Wysokość wypłacanego świadczenia w zł	
18.	Trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji	5 000	5 000
19.	Świadczenie dodatkowe za pobyt w szpitalu na OIT/OIOM	600	600
20.	Ciężkie choroby dziecka Ubezpieczonego	5 000	-

IV. Klauzule dodatkowe

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

1. 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 udarem mózgu,
- wystąpienia w okresie odpowiedzialności Wykonawcy trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- wystąpienia w okresie odpowiedzialności Wykonawcy trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu.

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 udaru mózgu o świadczenia wcześniej wypłacone z tytułu choroby, trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego będącego wynikiem tego samego nieszczęśliwego wypadku, czy zawału serca lub udaru mózgu.

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

Zamawiający dopuszcza możliwość zaoicznego orzekania na podstawie przedstawionej kompletnej dokumentacji medycznej, z zastrzeżeniem, że w przypadku braku akceptacji takiego orzeczenia Wykonawca na uzasadniony wniosek Ubezpieczonego zobowiązany



jest przeprowadzić na własny koszt komisję lekarską/badanie lekarskie w celu ponownej weryfikacji orzeczonego uszczerbku na zdrowiu.

Wykonawca zapewni organizację komisji lekarskiej/badania lekarskiego orzekających o stanie zdrowia ubezpieczonych na potrzeby realizacji umowy, w placówkach medycznych zlokalizowanych w Kozienicach lub w odległości do 30 km od Kozienic/miejsca zamieszkania 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 RP, oraz co najmniej w krajach należących do Unii Europejskiej oraz na terytorium co najmniej: Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, USA, Szwajcarii, Watykanu.

5. Gwarancja zniesienia ograniczeń wiekowych – OBLIGATORYJNA

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

6. 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.

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

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

9. Klauzula udostępnienia systemu elektronicznej obsługi polis - OBLIGATORYJNA

Wykonawca zobowiązuje się w terminie 1 miesiąca 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.

10. Klauzula akwizycyjna – OBLIGATORYJNA

Klauzula zobowiązuje Wykonawcę do:

- przedstawienia pośrednikowi reprezentującemu Zamawiającego harmonogramu prac akwizycyjnych,
- wyznaczenie osoby dedykowanej ze strony Wykonawcy do kontaktu z Zamawiającym w zakresie obsługi ubezpieczenia oraz w zakresie wypłaty świadczeń,
- aktywnego udziału w akcji informacyjnej oraz pomocy w procesie akwizycyjnym, w tym udział w spotkaniach informacyjnych,
- przygotowania oraz dostarczenia Zamawiającemu materiałów akwizycyjnych, tj: ulotek, deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, list akwizycyjnych,
- zorganizowania szkolenia obsługowego dla pracowników administrujących umowami ubezpieczenia grupowego na życie u Zamawiającego.

11. Klauzula rozszerzająca system elektronicznej obsługi polis o dedykowaną klientowi aplikację internetową – OBLIGATORYJNA

Wykonawca zobowiązuje się na wniosek Zamawiającego, w terminie maksymalnie do 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,
- generowanie indywidualnych potwierdzeń uczestnictwa w programie ubezpieczeniowym,
- ewidencjonowanie danych i możliwość zmiany danych ubezpieczonego, ubezpieczającego.

12. Klauzula szybkiej likwidacji świadczeń – OBLIGATORYJNA

Winna gwarantować:



- a) możliwość zgłaszania świadczeń za pośrednictwem Internetu (brak wymogu wysyłania dokumentacji medycznej i wymaganych dokumentów w formie papierowej),
- b) możliwość zgłaszania świadczeń w jednostkach Wykonawcy rozlokowanych na terenie Koźienic.

13. Klauzula wydłużenia ochrony ubezpieczeniowej dla członków rodziny – OBLIGATORYJNA

Gwarantuje możliwość kontynuacji ubezpieczenia grupowego przez członków rodziny ubezpieczonego, którzy w trakcie trwania umowy zawartej w drodze postępowania przetargowego przekroczą 70 rok życia.

14. Klauzula wypłaty świadczenia za każde pierwsze ciężkie zachorowanie z katalogu – OBLIGATORYJNA

Wykonawca gwarantuje wypłatę jednego świadczenia z tytułu ciężkiego zachorowania ubezpieczonego za każdy skatalogowany rodzaj zachorowania (nie przewiduje się związków przyczynowo-skutkowych pomiędzy zachorowaniami wpływających na ograniczenia wypłaty świadczeń).

15. Gwarancja pełnego zniesienia karencji dla partnerów życiowych – OBLIGATORYJNA

Umowa grupowego ubezpieczenia na życie winna gwarantować całkowite zniesienie okresów karencji dla partnerów życiowych pracowników Zamawiającego:

- na wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe ujęte w tabeli świadczeń przez okres 3 miesięcy od daty podpisania umowy z Wykonawcą,
- na wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe ujęte w tabeli świadczeń przez okres 3 miesięcy od daty zatrudnienia pracownika, który przystąpił do ubezpieczenia po dacie zawarcia umowy ubezpieczenia.

16. Klauzula rozszerzająca likwidację świadczeń – maksymalnie 2 pkt

- a) dedykowanie przez Wykonawcę indywidualnego opiekuna odpowiedzialnego za właściwe realizowanie zgłaszanych świadczeń – 1 pkt,
- b) możliwość przesyłania dokumentacji pocztą bezpośrednio do komórek Wykonawcy zajmujących się likwidacją świadczeń – 1 pkt.

17. Klauzula skróconego pobytu w szpitalu – 2 pkt

Wykonawca w ramach ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego obejmuje odpowiedzialnością pobytu w szpitalu trwające nieprzerwanie dłużej niż jeden dzień jeżeli są spowodowane chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem.



- 18. Gwarancja wypłaty świadczeń z tytułu: zgon rodziców i teściów, zgon dziecka, urodzenie martwego noworodka i urodzenie dziecka, w terminie 7 dni od daty złożenia wymaganych dokumentów – 2 pkt**
- 19. Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o dodatkowe świadczenie z tytułu poważnego zachorowania małżonka Ubezpieczonego w GRUPIE II – 2 pkt**
Zakres ochrony ubezpieczeniowej zapewnia dodatkowo w GRUPIE II świadczenie z tytułu poważnych zachorowań małżonka Ubezpieczonego, z minimalną sumą ubezpieczenia 3 000 zł. Katalog poważnych zachorowań małżonka Ubezpieczonego zgodny z OWU Wykonawcy na dzień składania oferty.
- 20. Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o dodatkowe świadczenie z tytułu leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego – maksymalnie 2 pkt**
Zakres ochrony ubezpieczeniowej zapewnia dodatkowo świadczenie z tytułu leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego według definicji Zamawiającego: Wykonawca wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w określonej 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.
- a) z minimalną sumą świadczenia 1 000 zł w GRUPIE I – 1 pkt,
 - b) z minimalną sumą świadczenia 3 000 zł w GRUPIE II – 1 pkt.
- 21. Świadczenie z tytułu leczenia specjalistycznego należne jest za sam fakt zastosowania leczenia w okresie odpowiedzialności Wykonawcy, bez względu czy jest wynikiem wcześniej podjętego leczenia szpitalnego, zdiagnozowanego zachorowania czy nieszczęśliwego wypadku (punkty przyznane za klauzulę wyłącznie w przypadku przyjęcia przez Wykonawcę klauzuli nr 20) – 2 pkt.**
- 22. Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o świadczenie apteczne – maksymalnie 2 pkt**
Zakres ochrony ubezpieczeniowej zapewnia dodatkowo świadczenie apteczne według definicji Zamawiającego: Świadczenie gotówkowe/bezgotówkowe umożliwiające odbiór w aptece produktów o wartości 100% sumy ubezpieczenia, 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
- a) z minimalną kwotą 100 zł w GRUPIE I – 1 pkt,
 - b) z minimalną kwotą 100 zł w GRUPIE II – 1 pkt.

Beata Mierzwa