



## SZCZEGÓŁOWE WARUNKI ZAMÓWIENIA

### **I. Podstawowe dane:**

| Stan na miesiąc marzec 2017 r.                                                                             | Liczba                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Pracownicy ogółem                                                                                          | 419                    |
| Struktura zawodowo-wiekowa pracowników                                                                     | Załącznik nr 3 do SIWZ |
| Pracownicy posiadający ochronę ubezpieczeniową w ramach ubezpieczeń grupowych (powyżej 68 roku życia)      | 410 (3)                |
| Członkowie rodzin posiadający ochronę ubezpieczeniową w ramach ubezpieczeń grupowych na prawach pracownika | 153                    |

### **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 mogli 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.
- Wykonawca 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-existingu 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 jeżeli przewidują to OWU Wykonawcy),
  - zgonu małżonka ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
  - ciężkie choroby ubezpieczonego,
  - leczenie szpitalne,
  - 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 – osobę pozostającą z ubezpieczonym w związku małżeńskim, w stosunku do której nie orzeczono separacji zgodnie z obowiązującymi przepisami,
    - pełnoletnie dziecko pracownika.
  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 TRZY GRUPY ubezpieczenia. 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 ustala maksymalną składkę ubezpieczeniową na jedną osobę ubezpieczoną w wysokości:
- 41,50 zł** za jednego ubezpieczonego w **GRUPIE I**,  
**52,60 zł** za jednego ubezpieczonego w **GRUPIE II**,  
**68,00 zł** za jednego ubezpieczonego w **GRUPIE III**.
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).

- **dopuszcza się zastosowanie okresów karencji w stosunku do partnerów życiowych pracowników zgodnie z obowiązującymi w dniu składania oferty OWU Wykonawcy.** (W przypadku przyjęcia przez Wykonawcę klauzuli rozszerzającej definicję członka rodziny o partnera życiowego).

14. **Indywidualna kontynuacja** - Zamawiający wymaga zagwarantowania dożywotniej indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia dla Ubezpieczonego, bez względu na wiek, po ustaniu stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Zamawiającym 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 Zamawiającym z powodu reorganizacji lub likwidacji bez względu na okres przekazywania. Do tego okresu zaliczany będzie również staż u poprzedniego Wykonawcy – 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 wymogami stawianymi dla Wariantu I</i> |         |

15. **Leczenie szpitalne** – zgodnie z OWU Wykonawcy, ale w znaczeniu nie węższym jak: świadczenie wypłacane za pobyty w szpitalu trwające nieprzerwanie dłużej niż 2 dni jeżeli są spowodowane chorobą i od 1 dnia pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (świadczenie należne za każdy dzień pobytu w szpitalu); świadczenie wypłacane za co najmniej 90 dni w każdym okresie kolejnych 12 miesięcy udzielonej ochrony ubezpieczeniowej. Wymaga się aby podwyższona kwota dziennego świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym, nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy, zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym (zamiennie udarem mózgu jeżeli przewidują to OWU Wykonawcy) należna była za co najmniej 14 dni pobytu w szpitalu.  
Wykonawca obejmie swoją odpowiedzialnością również pobyt w szpitalu spowodowany leczeniem dyskopatii, zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, chorób zwyrodnieniowych stawów, reumatoidalnego zapalenia stawów oraz chorób stawu kolanowego.  
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. **Pobyt na OIOM/OIT** - świadczenie powinno obejmować pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na skutek choroby lub wypadku, w specjalnie wyodrębnionych organizacyjnie w strukturach szpitala salach/pomieszczeniach/oddziałach wyposażonych 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, 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. Wykaz operacji powinien zawierać minimum 520 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 Wykonawcy, bez względu czy jest wynikiem wcześniej podjętego leczenia szpitalnego, zdiagnozowanego zachorowania czy nieszczęśliwego wypadku.

W przypadku konieczności przeprowadzenia u ubezpieczonego więcej niż jednego specjalistycznego zabiegu, Wykonawca wypłaci świadczenie za każdy z przeprowadzonych zabiegów. W przypadku wypłacenia przez Wykonawcę świadczenia z tytułu danego specjalistycznego leczenia odpowiedzialność Wykonawcy wygaśnie w zakresie tego specjalistycznego leczenia.

20. **Świadczenie apteczne** – świadczenie gotówkowe/bezgotówkowe umożliwiające odbiór w aptecce 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 aptecce 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 niezależną od stanu zdrowia 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 nagle, 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 jakkolwiek osoba weszła na jego pokład z zamiarem wykonania lotu, do chwili opuszczenia pokładu statku powietrznego przez wszystkie osoby znajdujące się na nim, a statek powietrzny został uszkodzony lub nastąpiło zniszczenie jego konstrukcji albo statek powietrzny zaginął i nie został odnaleziony, a urzędowe jego poszukiwania zostały odwołane lub statek powietrzny znajduje się w miejscu, do którego dostęp nie jest możliwy,
  - 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 i pełnoletnich dzieci pracowników. Dopuszcza się zastosowanie ankiet medycznych lub kwestionariuszy zdrowotnych w stosunku do partnerów życiowych pracowników.** (W przypadku przyjęcia przez Wykonawcę klauzuli rozszerzającej definicję członka rodziny o partnera życiowego).
25. **Ciężkie choroby Ubezpieczonego** – wystąpienie u Ubezpieczonego **co najmniej** następujących chorób:



- 1) anemia aplastyczna,
- 2) bąblowiec mózgu,
- 3) chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej by-pass,
- 4) choroba Creutzfelda-Jakoba,
- 5) masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie,
- 6) niewydolność nerek,
- 7) nowotwór złośliwy,
- 8) odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu,
- 9) ropień mózgu,
- 10) sepsa,
- 11) tężec,
- 12) udar,
- 13) wścieklizna,
- 14) zakażenie wirusem HIV w następstwie transfuzji krwi
- 15) zakażenie wirusem HIV w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych,
- 16) zawał serca,
- 17) zgorzel gazowa,
- 18) przewlekłe zapalenie wątroby typu B lub C,
- 19) stwardnienie rozsiane,
- 20) oparzenia,
- 21) transplantacja organów,
- 22) utrata wzroku,
- 23) oponiak,
- 24) choroba Parkinsona,

za które Wykonawca wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w tabeli świadczeń. W przypadku wystąpienia ciężkiej choroby Wykonawca wypłaci świadczenie za każdą chorobę objętą ubezpieczeniem, przy czym Ubezpieczonemu przysługuje jedynie jedno świadczenie za wystąpienie danej choroby.

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 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.
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. **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).
30. **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 przebiegła klinicznie w postaci uogólnionej i którą wywołała neurotoksyna produkowana przez laseczki tężca (*Clostridium tetani*).
31. **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.



32. **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.
33. **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;
34. **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.
35. **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.
36. **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.
37. **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.
38. **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*.

39. Wykonawca nie może odmówić wypłaty świadczenia, jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe objęte ochroną ubezpieczeniową związane było z aktami terroru, poza przypadkami czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru.

### **III. Zakres ubezpieczenia – tabela świadczeń:**

Zakres ochrony ubezpieczeniowej winien obejmować następujące zdarzenia i wysokość świadczeń:

| L.P. | Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego                                                                                                                                                                     | GRUPA I                                | GRUPA II | GRUPA III |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------|-----------|
|      |                                                                                                                                                                                                        | Wysokość wypłacanego świadczenia w PLN |          |           |
| 1.   | Zgon ubezpieczonego                                                                                                                                                                                    | 37 500                                 | 45 000   | 60 000    |
| 2.   | Zgon ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ( <i>skumulowana wartość świadczenia</i> )                                                                                                   | 75 000                                 | 90 000   | 120 000   |
| 3.   | Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego ( <i>skumulowana wartość świadczenia</i> )                                                                                                   | 112 500                                | 135 000  | 180 000   |
| 4.   | Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy ( <i>skumulowana wartość świadczenia</i> )                                                                                                        | 112 500                                | 135 000  | 180 000   |
| 5.   | Zgon ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego (zamiennie udaru mózgu jeżeli przewidują to OWU Wykonawcy) ( <i>skumulowana wartość świadczenia</i> )                        | 75 000                                 | 90 000   | 120 000   |
| 6.   | Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – świadczenie za 1% uszczerbku                                                                           | 320                                    | 380      | 480       |
| 7.   | Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego (zamiennie udaru mózgu jeżeli przewidują to OWU Wykonawcy)- świadczenie za 1% uszczerbku | 320                                    | 380      | 480       |
| 8.   | Zgon małżonka ubezpieczonego                                                                                                                                                                           | 13 125                                 | 15 750   | 21 000    |
| 9.   | Zgon małżonka ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ( <i>skumulowana wartość świadczenia</i> )                                                                                          | 20 625                                 | 24 750   | 33 000    |
| 10.  | Zgon rodzica ubezpieczonego i rodzica małżonka ubezpieczonego                                                                                                                                          | 1 750                                  | 2 250    | 3 000     |
| 11.  | Urodzenie się dziecka ubezpieczonemu                                                                                                                                                                   | 1 050                                  | 1 350    | 1 800     |

### **SUPRA BROKERS®**

54-118 Wrocław, Aleja Śląska 1, tel.071 77 70 400, faks 071 77 70 455, e-mail: [centrala@suprabrokers.pl](mailto: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](http://www.suprabrokers.pl)



|     |                                                                                                                                                                                                                                                                            |        |        |        |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|
| 12. | Urodzenie martwego dziecka                                                                                                                                                                                                                                                 | 2 100  | 2 700  | 3 600  |
| 13. | Zgon dziecka ubezpieczonego                                                                                                                                                                                                                                                | 2 250  | 2 700  | 3 600  |
| 14. | Osierocenie dziecka – jednorazowe świadczenie dla każdego dziecka                                                                                                                                                                                                          | 3 000  | 3 600  | 4 800  |
| 15. | Ciężkie choroby ubezpieczonego                                                                                                                                                                                                                                             | 4 500  | 8 000  | 8 000  |
| 16. | Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu spowodowany chorobą oraz powyżej 14-go dnia pobytu spowodowanego NW, wypadkiem komunikacyjnym, wypadkiem przy pracy, zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym (zamiennie udarem mózgu jeżeli przewidują to OWU Wykonawcy) | 40     | 50     | 60     |
| 17. | Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu spowodowany NW – wypłacane za każdy dzień pobytu od 1-go do 14-go dnia ( <i>skumulowana wysokość świadczenia</i> )                                                                                                         | 120    | 150    | 180    |
| 18. | Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu spowodowany wypadkiem komunikacyjnym – wypłacane za każdy dzień pobytu od 1-go do 14-go dnia ( <i>skumulowana wysokość świadczenia</i> )                                                                                   | 160    | 200    | 240    |
| 19. | Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu spowodowany wypadkiem przy pracy – wypłacane za każdy dzień pobytu od 1-go do 14-go dnia ( <i>skumulowana wysokość świadczenia</i> )                                                                                       | 160    | 200    | 240    |
| 20. | Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu spowodowany zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym (zamiennie udarem mózgu jeżeli przewidują to OWU Wykonawcy) – wypłacane za każdy dzień pobytu od 1-go do 14-go dnia ( <i>skumulowana wysokość świadczenia</i> )      | 60     | 75     | 90     |
| 21. | Świadczenie dodatkowe za pobyt w szpitalu na OIT/OIOM                                                                                                                                                                                                                      | 400    | 500    | 600    |
| 22. | Rekonwalescencja                                                                                                                                                                                                                                                           | 20     | 25     | 30     |
| 23. | Operacje chirurgiczne ( <i>suma ubezpieczenia</i> )                                                                                                                                                                                                                        | 4 000  | 4 000  | 6 000  |
| 24. | Leczenie specjalistyczne                                                                                                                                                                                                                                                   | 2 000  | 3 000  | 3 000  |
| 25. | Świadczenie apteczna                                                                                                                                                                                                                                                       | -      | 100    | 200    |
| 26. | Trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji                                                                                                                                                                                                                     | 10 000 | 15 000 | 20 000 |



#### **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 krwotoku śródmózgowego (zamiennie udaru mózgu jeżeli przewidują to OWU Wykonawcy),
- 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 jeżeli przewidują to OWU Wykonawcy).

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 jeżeli przewidują to OWU Wykonawcy) 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 jeżeli przewidują to OWU Wykonawcy).

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

Zamawiający dopuszcza możliwość zaocznego orzekania na podstawie przedstawionej 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 odległości do 60 km od miejsca zamieszkania Ubezpieczonego/ miejscowości siedziby Zamawiającego.

**4. Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność Wykonawcy za pobyty Ubezpieczonego w szpitalu oraz na Oddziale Intensywnej Terapii (OIOM) poza granice RP – OBLIGATORYJNA**

Odpowiedzialność Wykonawcy obejmować powinna pobyty w szpitalu oraz na Oddziale Intensywnej Terapii (OIOM) co najmniej na terytorium krajów należących do Unii Europejskiej oraz 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. 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.

**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 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.

**10. Klauzula rozszerzająca system elektronicznej obsługi polis o dedykowaną klientowi aplikację internetową – 2 pkt**

Wykonawca zobowiązuje się w terminie 3 miesięcy od zawarcia umowy ubezpieczenia, do nieodpłatnego udostępnienia Zamawiającemu elektronicznej aplikacji przeznaczonej do zarządzania obsługą polisy. Aplikacja ta, poprzez łącze internetowe, usprawniać będzie obsługę polis, umożliwiając dokonywanie w drodze elektronicznej następujących czynności:

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

**11. Klauzula szybkiej likwidacji świadczeń – maksymalnie 4 pkt**

Winna gwarantować:

- a) możliwość zgłaszania świadczeń za pośrednictwem Internetu (brak wymogu wysyłania dokumentacji medycznej i wymaganych dokumentów w formie papierowej). Wykonawca zobowiązany jest prowadząc likwidację szkody do stosowania powszechnie obowiązujących przepisów prawa regulujących zasady uzyskiwania wglądu do dokumentacji medycznej ubezpieczonego, w szczególności uzyskania uprzedniej zgody osoby ubezpieczonej na wgląd do jej dokumentacji medycznej – 1 pkt,
- b) możliwość zgłaszania świadczeń w jednostkach Wykonawcy rozlokowanych na terenie Milicza – 1 pkt,
- c) dedykowanie przez Wykonawcę indywidualnego opiekuna odpowiedzialnego za właściwe realizowanie zgłaszanych świadczeń – 1 pkt,
- d) możliwość przesyłania dokumentacji pocztą bezpośrednio do komórek Wykonawcy zajmujących się likwidacją świadczeń – 1 pkt.

**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 Świadczenia aptecznego. Wykonawca przyzna Ubezpieczonemu prawo do odbioru produktów w aptecce 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 rozszerzająca definicję członka rodziny o partnera życiowego – 1 pkt**

Definicja partnera zgodnie z obowiązującymi w dniu składania oferty OWU Wykonawcy.

**14. Gwarancja pełnego zniesienia karencji dla partnerów życiowych pracowników Zamawiającego (w przypadku przyjęcia klauzuli nr 13) – 0,5 pkt**

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 rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej zawartej w wyniku przetargu,
- na wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe ujęte w tabeli świadczeń przez okres 3 miesięcy od daty zatrudnienia pracownika, który przystąpił do ubezpieczenia po dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej zawartej w wyniku przetargu.

**15. Gwarancja pełnego zniesienia ankiet medycznych/kwestionariusz zdrowotnych dla partnerów życiowych pracowników Zamawiającego (w przypadku przyjęcia klauzuli nr 13) – 0,5 pkt**

**16. Gwarancja minimalnego katalogu operacji chirurgicznych - 1 pkt**

Wykonawca gwarantuje co najmniej 600 procedur medycznych w katalogu operacji chirurgicznych.

**17. Klauzula zniżek indywidualnych – 1 pkt**

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

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

**18. Klauzula akwizycyjna – 1 pkt**

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.

**19. 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 – 1 pkt**

**20. Rozszerzenie zakresu dodatkowego ubezpieczenia z tytułu ciężkiego zachorowania Ubezpieczonego o dodatkowe jednostki chorobowe wg definicji i OWU Wykonawcy na dzień składania ofert – maksymalnie 2 pkt**

Wykonawca rozszerza katalog ciężkich zachorowań Ubezpieczonego o następujące jednostki chorobowe

1. borelioza – 1 pkt,
2. gruźlica – 1 pkt.

**21. Klauzula skróconego pobytu w szpitalu – 1 pkt**

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

**Katarzyna Jędrzejczak**

## **ZAŁOŻENIA OGÓLNE**

Zakres opisany powyżej jest zakresem minimalnym.

W odniesieniu do kwestii nieuregulowanych w SIWZ mają zastosowanie stosowne zapisy ogólnych warunkach ubezpieczeń.

Jeżeli w ogólnych warunkach ubezpieczeń znajdują się dodatkowe uregulowania, z których wynika, że zakres ubezpieczeń jest szerszy od proponowanego powyżej to automatycznie zostają włączone do ochrony ubezpieczeniowej Zamawiającego.

Zapisy w ogólnych warunkach ubezpieczenia, z których wynika, iż zakres ubezpieczenia jest węższy niż zakres opisany powyżej, nie mają zastosowania.

---

**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