**ZMODYFIKOWANY Załącznik Nr 2 do SIWZ**

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia, zawierający warunki wymagane grupowego ubezpieczenia na życie pracowników, współmałżonków, partnerów życiowych oraz pełnoletnich dzieci pracowników Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Zespołu Szpitali Miejskich w Chorzowie

Ubezpieczający:

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie**

z siedzibą: 41-500 Chorzów, ul. Strzelców Bytomskich 11, tel. (032) 3499-289, fax: (032) 3499-299;   
KRS: 0000011939, NIP: 627-19-23-530; REGON: 271503410;

Ubezpieczeni – pracownicy, współmałżonkowie, partnerzy życiowi oraz pełnoletnie dzieci pracowników:

**Zamawiający zatrudnia pracowników na podstawie umów o pracę, umów cywilno-prawnych oraz kontraktów.**

Informacje podstawowe

|  |  |
| --- | --- |
| **Stan na miesiąc 16.10.2020 r.** | **Liczba** |
| Pracownicy ogółem | 1 513 |
| Struktura zawodowo-wiekowa pracowników | Załącznik nr 2 a do SIWZ |
| Pracownicy posiadający ochronę ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia grupowego (powyżej 68 roku życia) | 539 (6) |
| Członkowie rodzin pracowników posiadający ochronę ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia grupowego | 174 |

1. **Warunki ubezpieczenia: Minimalny wymagany zakres ubezpieczenia oraz wysokość świadczeń**

**Tabela 1 - Grupa nr 1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LP** | **Świadczenie z tytułu** | **Minimalna  wysokość świadczenia (w zł)** |
|  | Zgon ubezpieczonego | 36 000 |
|  | Zgon ubezpieczonego w wyniku zawału lub udaru mózgu – świadczenie dodatkowe | 36 000 |
|  | Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – świadczenie dodatkowe | 36 000 |
|  | Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w pracy – świadczenie dodatkowe | 36 000 |
|  | Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego – świadczenie dodatkowe | 36 000 |
|  | Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego w pracy – świadczenie dodatkowe | 0 |
|  | Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub w wyniku zawału lub udaru mózgu, Za 1% trwałego uszczerbku w wyniku NW | 540 |
|  | Osierocenie dziecka | 5 400 |
|  | Śmierć współmałżonka/partnera życiowego ubezpieczonego | 15 000 |
|  | Śmierć współmałżonka/partnera życiowego ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku– świadczenie dodatkowe | 15 000 |
|  | Śmierć dziecka | 4 600 |
|  | Śmierć rodziców lub teściów ubezpieczonego | 2 400 |
|  | Niezdolność do pracy | 12 000 |
|  | Niezdolność do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku (świadczenie dodatkowe) | 12 000 |
|  | Urodzenie dziecka | 2 300 |
|  | Urodzenie martwego dziecka – świadczenie dodatkowe | 2 300 |
|  | Ciężka choroba Ubezpieczonego | 5 000 |
|  | Operacje chirurgiczne | 5 000 |
|  | Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu do 14 dni |  |
| a) | w związku chorobą – świadczenie podstawowe | 60 |
| b) | w związku z zawałem lub udarem mózgu – świadczenie skumulowane | 156 |
| c) | w związku z nieszczęśliwym wypadkiem – świadczenie skumulowane | 180 |
| d) | W związku z nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym lub wypadkiem przy pracy – świadczenie skumulowane | 240 |
| e) | W związku z nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym przy pracy – świadczenie skumulowane | 300 |
|  | Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni |  |
| a) | w związku chorobą – świadczenie podstawowe | 60 |
| b) | w związku z zawałem lub udarem mózgu – świadczenie skumulowane | 60 |
| c) | w związku z nieszczęśliwym wypadkiem – świadczenie skumulowane | 60 |
| d) | W związku z nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym lub wypadkiem przy pracy – świadczenie skumulowane | 60 |
| e) | W związku z nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym przy pracy – – świadczenie skumulowane | 60 |
|  | OIT świadczenie jednorazowe | 600 |
|  | Dzienne świadczenie dodatkowe za każdy dzień z tytułu pobytu na OIOM/OIT od 1 do 14 dnia | 0 |
|  | Świadczenie za dzień rekonwalescencji (świadczenie za 1 dzień zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital po min. 14 dnia pobytu w szpitalu | 30 |

**Tabela 2 - Grupa nr 2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LP** | **Świadczenie z tytułu** | **Minimalna  wysokość świadczenia (w zł)** |
|  | Zgon ubezpieczonego | 27 000 |
|  | Zgon ubezpieczonego w wyniku zawału lub udaru mózgu – świadczenie dodatkowe | 27 000 |
|  | Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – świadczenie dodatkowe | 27 000 |
|  | Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w pracy – świadczenie dodatkowe | 27 000 |
|  | Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego – świadczenie dodatkowe | 27 000 |
|  | Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego w pracy – świadczenie dodatkowe | 0 |
|  | Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub w wyniku zawału lub udaru mózgu  Za 1% trwałego uszczerbku w wyniku NW | 450 |
|  | Osierocenie dziecka | 4 400 |
|  | Śmierć współmałżonka/partnera życiowego ubezpieczonego | 11 000 |
|  | Śmierć współmałżonka/partnera życiowego ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – świadczenie dodatkowe | 11 000 |
|  | Śmierć dziecka | 3 300 |
|  | Śmierć rodziców lub teściów ubezpieczonego | 2 200 |
|  | Niezdolność do pracy | 11 000 |
|  | Niezdolność do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku (świadczenie dodatkowe) | 11 000 |
|  | Urodzenie dziecka | 1 700 |
|  | Urodzenie martwego dziecka – świadczenie dodatkowe | 1 700 |
|  | Ciężka choroba Ubezpieczonego | 3 600 |
|  | Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu do 14 dni |  |
| a) | w związku chorobą – świadczenie podstawowe | 60 |
| b) | w związku z zawałem lub udarem mózgu – świadczenie skumulowane | 120 |
| c) | w związku z nieszczęśliwym wypadkiem – świadczenie skumulowane | 156 |
| d) | W związku z nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym lub wypadkiem przy pracy –świadczenie skumulowane | 180 |
| e) | W związku z nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym przy pracy – świadczenie skumulowane | 204 |
|  | Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni |  |
| a) | w związku chorobą – świadczenie podstawowe | 60 |
| b) | w związku z zawałem lub udarem mózgu – świadczenie skumulowane | 60 |
| c) | w związku z nieszczęśliwym wypadkiem – świadczenie skumulowane | 60 |
| d) | W związku z nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym lub wypadkiem przy pracy – świadczenie skumulowane | 60 |
| e) | W związku z nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym przy pracy – – świadczenie skumulowane | 60 |
|  | OIT świadczenie jednorazowe | 600 |
|  | Dzienne świadczenie dodatkowe za każdy dzień z tytułu pobytu na OIOM/OIT od 1 do 14 dnia | 0 |
|  | Świadczenie za dzień rekonwalescencji (świadczenie za 1 dzień zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital po min. 14 dnia pobytu w szpitalu | 30 |

**Tabela 3 - Grupa nr 3**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LP** | **Świadczenie z tytułu** | **Minimalna  wysokość świadczenia (w zł)** |
|  | Zgon ubezpieczonego | 105 000 |
|  | Zgon ubezpieczonego w wyniku zawału lub udaru mózgu – świadczenie dodatkowe | 25 000 |
|  | Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – świadczenie dodatkowe | 105 000 |
|  | Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w pracy – świadczenie dodatkowe | 52 500 |
|  | Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego – świadczenie dodatkowe | 52 500 |
|  | Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego w pracy – świadczenie dodatkowe | 0 |
|  | Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub w wyniku zawału lub udaru mózgu, Za 1% trwałego uszczerbku w wyniku NW | 420 |
|  | Osierocenie dziecka | 4 000 |
|  | Śmierć współmałżonka/partnera życiowego ubezpieczonego | 10 500 |
|  | Śmierć współmałżonka/partnera życiowego ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku– świadczenie dodatkowe | 10 000 |
|  | Śmierć dziecka | 3 000 |
|  | Śmierć rodziców lub teściów ubezpieczonego | 2 500 |
|  | Niezdolność do pracy | 6 000 |
|  | Niezdolność do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku (świadczenie dodatkowe) | 1 000 |
|  | Urodzenie dziecka | 1 500 |
|  | Urodzenie martwego dziecka – świadczenie dodatkowe | 1 500 |
|  | Ciężka choroba Ubezpieczonego | 6 000 |
|  | Operacje chirurgiczne | 6 000 |
|  | Specjalistyczne leczenie | 6 000 |
|  | Ciężkie zachorowanie współmałżonka/partnera życiowego | 6 000 |
|  | Utrata zdrowia przez dziecko | 5 000 |
|  | Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu do 14 dni |  |
| a) | w związku chorobą – świadczenie podstawowe | 52,5 |
| b) | w związku z zawałem lub udarem mózgu – świadczenie skumulowane | 105 |
| c) | w związku z nieszczęśliwym wypadkiem – świadczenie skumulowane | 210 |
| d) | W związku z nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym lub wypadkiem przy pracy – świadczenie skumulowane | 237,5 |
| e) | W związku z nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym przy pracy – świadczenie skumulowane | 265 |
|  | Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni |  |
| a) | w związku chorobą – świadczenie podstawowe | 52,5 |
| b) | w związku z zawałem lub udarem mózgu – świadczenie skumulowane | 52,5 |
| c) | w związku z nieszczęśliwym wypadkiem – świadczenie skumulowane | 52,5 |
| d) | W związku z nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym lub wypadkiem przy pracy – świadczenie skumulowane | 52,5 |
| e) | W związku z nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym przy pracy – świadczenie skumulowane | 52,5 |
|  | OIT świadczenie jednorazowe | 525 |
|  | Dzienne świadczenie dodatkowe za każdy dzień z tytułu pobytu na OIOM/OIT od 1 do 14 dnia | 0 |
|  | Świadczenie za dzień rekonwalescencji (świadczenie za 1 dzień zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital po min. 14 dnia pobytu w szpitalu | 26,25 |
|  | Świadczenie lekowe | TAK |

Objaśnienie do świadczeń określonych w tabelach powyżej: kwota świadczenia podana w powyższej tabeli w kolumnie „minimalna wysokość świadczenia” stanowi wysokość świadczenia jaka przysługiwać będzie ubezpieczonemu z tytułu każdego z wymienionych w tabeli zdarzeń ubezpieczeniowych (śmierci, trwałego uszczerbku, choroby, urodzenia dziecka itp.). W przypadku wskazania w tabeli, że świadczenie jest skumulowane, oznacza to zsumowaną kwotę świadczenia dodatkowego i podstawowego. Świadczenie podstawowe jest określone w sposób ogólny, świadczenie dodatkowe jest kwalifikowaną postacią świadczenia podstawowego.

**2. Do przedmiotu zamówienia zostają wprowadzone następujące warunki wymagane przez Zamawiającego:**

1. Do ubezpieczenia będą mieli prawo przystąpić pracownicy Ubezpieczającego, współmałżonkowie, partnerzy życiowi oraz pełnoletnie dzieci pracowników, którzy w dniu składania deklaracji przystąpienia ukończyli 18 rok życia i nie ukończyli 69 roku życia.
2. Współmałżonkowie, partnerzy życiowi oraz pełnoletnie dzieci mogą przystąpić do ubezpieczenia, a także uczestniczyć w ubezpieczeniu na tych samych warunkach, co pracownik, który będzie finansował składki za własne ubezpieczenie oraz za ubezpieczenie współmałżonka/ partnera życiowego lub pełnoletniego dziecka. Wykonawca nie może wymagać minimalnego poziomu partycypacji dla współmałżonków/ parterów życiowych i pełnoletnich dzieci.
3. Odpowiedzialność Wykonawcy w stosunku do Ubezpieczonego w pełnym zakresie ubezpieczenia kończy się w dniu rocznicy polisy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym wiek ubezpieczonego wynosi 70 lat.
4. Ograniczenie wiekowe określone w ppkt. 2.1. oraz 2.3. nie dotyczy osób objętych w okresie co najmniej sześciu miesięcy przed podpisaniem umowy w innym grupowym ubezpieczeniu na życie funkcjonującym u Ubezpieczającego. Odpowiedzialność w stosunku do tych osób kończy się z ustaniem stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego z ubezpieczającym oraz w innych przypadkach określonych w OWU Wykonawcy z wyłączeniem ograniczenia wiekowego. Wykonawca ma prawo odmówić przyjęcia do ubezpieczenia osób powyżej 75 roku życia. Potwierdzenie stażu w poprzedniej umowie będzie dokonywane poprzez pisemne oświadczenie Ubezpieczającego.
5. Wykonawca zobowiązuje się do przyjęcia do ubezpieczenia wszystkie osoby przebywające na zwolnieniach lekarskich, urlopach macierzyńskich, urlopach bezpłatnych, o ile osoby te były ubezpieczone w dotychczas funkcjonującej umowie ubezpieczenia grupowego na życie. Składki za osoby przebywające na urlopach macierzyńskich lub bezpłatnych będą przekazywane przelewem z pozostałymi składkami ogółu pracowników.
6. Po zawarciu umowy Wykonawca wyposaży każdego Ubezpieczonego w certyfikat potwierdzający zakres ubezpieczenia i wysokość świadczeń. Certyfikat będzie każdorazowo aktualizowany w przypadku zmiany zakresu ubezpieczenia lub wysokości świadczeń. **Zamawiający dopuszcza, *aby certyfikaty potwierdzające zakres ubezpieczenia i wysokość świadczeń były dostarczane/aktualizowane ubezpieczonym na wniosek Zamawiającego lub na wniosek ubezpieczonego.***
7. Wykonawca obejmie ubezpieczeniem na życie osoby (również dotychczas nieubezpieczone) bez okresu karencji, w pełnym zakresie ryzyk, jeżeli osoby te przystąpią do ubezpieczenia poprzez złożenie deklaracji uczestnictwa przed upływem 3 miesięcy liczonych od daty:

* początku ochrony (umowy) ubezpieczeniowej określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia (dotyczy pracowników, współmałżonków/ partnerów życiowych oraz pełnoletnich dzieci),
* nawiązania stosunku prawnego, jeżeli stosunek prawny ubezpieczonego z ubezpieczającym powstał po początku ochrony (umowy) ubezpieczeniowej (dotyczy wyłącznie pracowników).

1. W przypadku osób przystępujących do ubezpieczenia po okresie określonym w pkt. 2.7. stosuje się 6-cio miesięczną karencję w pełnym zakresie ubezpieczenia z wyjątkiem ryzyka urodzenia się dziecka (karencja 9 miesięcy), ryzyka poważnych zachorowań (karencja 3 miesiące), leczenia szpitalnego (karencja 1 miesiąc), operacje chirurgiczne (karencja 3 miesiące).   
   Karencje nie dotyczą zdarzeń powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
2. Składka za ubezpieczenie będzie płatna miesięcznie przez cały okres realizacji zamówienia do 15 dnia okresu, za który jest należna. Składka będzie płacona przelewem na konto bankowe Wykonawcy z podaniem w tytule przelewu nr polisy.
3. W przypadku zaległości w przekazaniu całości lub części składek Wykonawca wzywa ubezpieczającego do uzupełnienia zaległości, wskazując w wezwaniu co najmniej 15-dniowy dodatkowy termin zapłaty składki oraz informuje o skutku nieprzekazania składki w tym terminie.
4. Wysokość składki przez cały okres realizacji zamówienia będzie niezmienna.
5. Wysokość miesięcznej składki będzie sumą iloczynu zaoferowanej miesięcznej składki za jednego Ubezpieczonego i faktycznej liczby Ubezpieczonych w danym miesiącu dla Grupy nr 1; iloczynu zaoferowanej miesięcznej składki za jednego Ubezpieczonego i faktycznej liczby Ubezpieczonych w danym miesiącu dla Grupy nr 2 oraz iloczynu zaoferowanej miesięcznej składki za jednego Ubezpieczonego i faktycznej liczby Ubezpieczonych w danym miesiącu dla Grupy nr 3
6. Maksymalny poziom miesięcznej składki w stosunku do jednej osoby wynosi   
   **dla Grupy I 65,00 zł  
   dla Grupy II 52,00 zł   
   dla Grupy III 86,00 zł**
7. W stosunku do osób zgłaszanych do ubezpieczenia nie będzie dokonywana medyczna ocena ryzyka. Wykonawca nie będzie żądał od osoby zgłaszanej do ubezpieczenia przedstawienia informacji na temat stanu jej zdrowia, co oznacza, że udzielenie ochrony ubezpieczeniowej nie będzie zależeć od udzielenia, odmowy bądź podania nieprawdziwych informacji na temat stanu zdrowia danej osoby. Zamawiający dopuszcza zastosowanie uproszczonej oceny ryzyka wobec współmałżonków / partnerów / pełnoletnich dzieci, którzy nie byli wcześniej objęci ochroną ubezpieczeniową lub byli objęci ochroną przez okres krótszy niż 12 miesięcy poprzez wskazanie odpowiedniego oświadczenia w deklaracji przystąpienia.
8. Ubezpieczający przekazuje Wykonawcy, w formie określonej w ogólnych warunkach ubezpieczenia, listę osób przystępujących do ubezpieczenia wraz z deklaracjami uczestnictwa tych osób, listę osób występujących z ubezpieczenia oraz inne wnioski Ubezpieczonych w terminie do 15 dnia miesiąca, którego dotyczą. [*Zamawiający wyraża zgodę aby obsługa ubezpieczenia była realizowana elektronicznie przy wykorzystaniu systemu, który Wykonawca zobowiązuje się udostępnić bezpłatnie. Wówczas deklaracje osób przystępujących do ubezpieczenia rejestrowane będą w elektronicznym systemie informatycznym do końca miesiąca poprzedzającego początek odpowiedzialności i za jego pośrednictwem wysyłane Wykonawcy, podpisane oryginały deklaracji przystąpienia będą przekazywane Wykonawcy w celu dokonania ich archiwizacji najpóźniej w terminie do 3 dnia miesiąca, którego dotyczą. Również wykazy osób przystępujących do ubezpieczenia oraz wykazy osób występujących z ubezpieczenia będą rejestrowane w systemie informatycznym]*
9. W przypadku rozbieżności pomiędzy zapisami SIWZ a Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia (OWU), pierwszeństwo mają zapisy SIWZ, z zastrzeżeniem pkt 2.17 poniżej. W zakresie nie uregulowanym obowiązują ogólne i/lub szczególne warunki Wykonawcy obowiązujące w dniu składania oferty na podstawie, których Wykonawca przygotował ofertę.
10. W przypadku, gdy postanowienia OWU Wykonawcy są bardziej korzystne dla Ubezpieczonego niż postanowienia SIWZ, stosowane są postanowienia OWU.
11. W przypadku roszczeń z tytułu śmierci współmałżonka/ partnera życiowego, rodziców i teściów, śmierci dziecka oraz urodzenia się dziecka Wykonawca zobowiązuje się do zakończenia procesu likwidacji roszczenia w ciągu 7 dni roboczych od daty wpływu kompletnej dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia roszczenia.
12. W przypadku zgłoszenia roszczeń z innych ryzyk niż wymienione powyżej w ppkt. 2.18. Wykonawca zobowiązuje się do wypłaty świadczenia w ciągu 30 dni od daty zgłoszenia szkody, a w przypadku braku kompletnej dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia roszczenia, zobowiązuje się do wypłaty świadczenia w terminie 14 dni od dnia wyjaśnienia wszystkich okoliczności niezbędnych do ustalenia jego odpowiedzialności. Ponadto w ciągu 7 dni od daty wpływu roszczenia do osoby składającej roszczenie będzie wysyłane pismo z prośbą o uzupełnienie dokumentacji oraz listą informacji niezbędnych do zakończenia procesu likwidacji roszczenia.
13. 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 badania lekarskie w celu ponownej weryfikacji orzeczonego świadczenia.
14. Wykonawca zapewnia obsługę grupowego ubezpieczenia na życie w odległości nie większej niż 20 km   
    od siedziby Zamawiającego, co oznacza, że gwarantuje co najmniej:

* wyjaśnianie spraw spornych odnośnie złożonych dokumentów
* przyjmowanie wniosków o zawarcie ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego,
* przeprowadzenie badań lekarskich na koszt Wykonawcy

1. Wykonawca zobowiązuje się do umożliwienia Ubezpieczonym składania dokumentów o wypłatę świadczenia w siedzibie Zamawiającego oraz drogą elektroniczną.W przypadku składania dokumentów o wypłatę świadczenia drogą elektroniczną, w uzasadnionych przypadkach, Wykonawca będzie mógł zażądać od osoby ubezpieczonej wglądu do oryginału dokumentów.
2. W przypadku wszystkich ubezpieczeń określonych w opisie przedmiotu zamówienia Wykonawca nie może odmówić wypłaty świadczenia powołując się na fakt, iż przyczyna danego zdarzenia ubezpieczeniowego z tytułu, którego należna jest Ubezpieczonemu wypłata świadczenia, miała miejsce przed początkiem odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej w drodze niniejszego postępowania przetargowego.
3. Przez cały okres trwania zamówienia Wykonawca zobowiązuje się do pokrycia kosztów czynności administracyjnych związanych z obsługą umowy oraz kurtażu brokerskiego w łącznej wysokości stanowiącej równowartość 18 % płaconej składki.
4. Zamawiający wymaga zagwarantowania możliwości indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia dla osób, które przestały być członkiem grupy bez względu na ich wiek.
5. Prawo do kontynuacji ubezpieczenia przysługuje Ubezpieczonemu, który był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu grupowego ubezpieczenia na życie przez okres co najmniej 6 miesięcy (*do okresu 6 miesięcy, zalicza się również okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu poprzedniej umowy grupowego ubezpieczenia na życie)*. Potwierdzenie stażu w poprzedniej umowie będzie dokonywane poprzez pisemne oświadczenie Ubezpieczającego.
6. Prawo do przystąpienia do ubezpieczenia przysługuje również dotychczas ubezpieczonym pracownikom Zamawiającego oraz członkom ich rodzin dotychczas ubezpieczonym (zachowana ciągłość ubezpieczenia), którzy w dniu składania deklaracji przystąpienia nie mogą pisać i złożyć oświadczenia w formie pisemnej. W takim przypadku zgodnie z art. 79 Kodeksu cywilnego mogą oni złożyć oświadczenie o przystąpieniu do ubezpieczenia składając na deklaracji tuszowy odcisk palca.

Osoba upoważniona przez składającego odcisk (wystarczające upoważnienie w formie ustnej) obok odcisku palca:

- wpisuje imię i nazwisko autora odcisku

- wpisuje sformułowanie „upoważniony” i podaje swoje imię i nazwisko oraz składa odręczny podpis.

Dopuszcza się też podpisanie oświadczenia przez osobę przez nią upoważnioną, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza, wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby niemogącej pisać.

2.28. Zamawiający wymaga 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 udaru mózgu,

- wystąpienia w okresie odpowiedzialności Wykonawcy trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,

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.

2.29. Ubezpieczyciel zapewni ciągłość zachowania ochrony ubezpieczeniowej osobom dotychczas ubezpieczonym, czyli ponosi odpowiedzialność za choroby z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u ubezpieczonego lub które są wynikiem nieszczęśliwego wypadku powstałego przed początkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela pod warunkiem występowania choroby w katalogu poprzedniego Ubezpieczyciela - zniesienie pre–existingu

**3. Warunki oraz definicje wymagane przez Zamawiającego dotyczące zakresu ubezpieczenia**

1. Śmierć Ubezpieczonego
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
3. Śmierć ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wypadku komunikacyjnego, wypadku przy pracy i wypadku komunikacyjnego przy pracy
4. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Wykonawcy w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wypadku komunikacyjnego i wypadku komunikacyjnego przy pracy.
5. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego.
6. Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu
7. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Wykonawcy w następstwie zawału serca lub udaru mózgu.
8. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu a śmiercią Ubezpieczonego
9. Śmierć współmałżonka /partnera życiowego

3.4.1. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć współmałżonka/ partnera życiowego, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Wykonawcy bez względu na wiek współmałżonka /partnera

1. Śmierć współmałżonka/ partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku

3.5.1. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć współmałżonka/partnera, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Wykonawcy w następstwie nieszczęśliwego wypadku bez względu na wiek współmałżonka /partnera.

1. Śmierć rodziców lub teściów

3.6.1. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć rodzica lub teścia, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Wykonawcy bez względu na wiek rodzica lub teścia.

1. Śmierć dziecka

3.7.1. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć dziecka, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.

1. Urodzenie się dziecka

3.8.1. Zakres ubezpieczenia obejmuje urodzenie się dziecka, które nastąpiło w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.

1. Urodzenie martwego dziecka

3.9.1. Zakres ubezpieczenia obejmuje urodzenie martwego dziecka, które nastąpiło w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.

1. Osierocenie dziecka

3.10.1. Zakres ubezpieczenia obejmuje osierocenie dziecka wskutek śmierci Ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.

3.10.2. Świadczenie z tytułu osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego należne jest każdemu dziecku, o ile nie przyczyniło się umyślnie do śmierci Ubezpieczonego.

1. Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub następstwie zawału serca lub udaru mózgu

3.11.1. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.

3.11.2. Prawo do świadczenia przysługuje za każdy procent stwierdzonego uszczerbku na zdrowiu maksymalnie za 100 % trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego oraz jeżeli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, zawałem serca lub udarem mózgu a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego.

1. Trwała niezdolność Ubezpieczonego do pracy

3.12.1. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego niezdolności do pracy zaistniałej w okresie odpowiedzialności Wykonawcy

3.12.2. Niezdolność do pracy rozpoczęta w okresie odpowiedzialności Wykonawcy, dłużej niż rok całkowita i długotrwała niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej w dowolnym zawodzie, będąca rezultatem nieszczęśliwego wypadku lub choroby. [Zamawiający dopuszcza zastosowanie jako równoważnej, następującej definicji trwałej niezdolności do pracy: niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji – trwała i całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej w dowolnym zawodzie oraz do samodzielnej egzystencji, będąca rezultatem nieszczęśliwego wypadku lub choroby powstałych w okresie odpowiedzialności Wykonawcy; trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji oznacza, że zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania przez ubezpieczonego zdolności do pracy]

1. Ciężka choroba tj. poważne zachorowanie Ubezpieczonego (grupa I, II, III) i dodatkowo (dot. Grupy III) współmałżonka/ partnera życiowego Ubezpieczonego

3.13.1. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego lub współmałżonka/partnera życiowego Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy następujących poważnych zachorowań

Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie co najmniej następujących chorób:

* schyłkowa niewydolność wątroby;
* stwardnienie rozsiane;
* niewydolność nerek;
* śpiączka;
* transplantacja organów
* operacja aorty;
* operacja pomostowania naczyń wieńcowych,
* angioplastyka naczyń wieńcowych,
* operacja zastawek serca;
* zawał serca;
* udar mózgu;
* porażenie kończyn.
* utrata kończyn;
* rozległe oparzenie;
* łagodny nowotwór mózgu;
* nowotwór złośliwy;
* niedokrwistość aplastyczna;
* utrata wzroku;
* utrata mowy; utrata słuchu;
* Creuzfelda- Jacoba.
* zakażenie wirusem HIV
* oponiak
* choroba Parkinsona

Ubezpieczyciel zapewni ciągłość zachowania ochrony ubezpieczeniowej osobom dotychczas ubezpieczonym, czyli ponosi odpowiedzialność za choroby z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u ubezpieczonego lub które są wynikiem nieszczęśliwego wypadku powstałego przed początkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela pod warunkiem występowania choroby w katalogu poprzedniego Ubezpieczyciela.

3.13.2. Wystąpienie poważnego zachorowania oznacza:

1. zdiagnozowanie lub rozpoczęcie leczenia, jeśli choroba nie została spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem
2. zajście nieszczęśliwego wypadku oparzenia oraz utraty wzroku, mowy, słuchu, utraty lub porażenia kończyn – jeśli zostały spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem,
3. przeprowadzenie operacji – w przypadku chirurgicznego leczenia choroby naczyń wieńcowych – bypass oraz transplantacji organów
4. zakażenie – w przypadku – zakażenia wirusem HIV

3.13.3. Wykonawca nie może odmówić wypłaty świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania powołując się na fakt, iż zajście zdarzenia jako przyczyna poważnego zachorowania miała miejsce przed początkiem odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej w drodze niniejszego postępowania przetargowego.

3.13.4. Wykonawca gwarantuje wypłatę świadczenia za każde wystąpienie poważnego zachorowania w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Wykonawca nie może wymagać minimalnego okresu czasu pomiędzy wystąpieniem dwóch różnych poważnych zachorowań, jaki musi upłynąć, aby została uznana odpowiedzialność Wykonawcy.

3.13.5. W przypadku wystąpienia zawału serca, udaru mózgu lub konieczności przeprowadzenia leczenia choroby naczyń wieńcowych – by-pass oraz w przypadku transplantacji serca spowodowanej chorobą wieńcową Wykonawca może wypłacić świadczenie wyłącznie z tytułu tylko jednego z wymienionych poważnych zachorowań.

3.13.6. Po wystąpieniu danego poważnego zachorowania odpowiedzialność Wykonawcy wygasa w zakresie tego poważnego zachorowania.

1. Operacje chirurgiczne (dotyczy Grupy I i Gr III)

3.14.1. Zakres ubezpieczenia obejmuje wykonanie w okresie odpowiedzialności Wykonawcy operacji chirurgicznych wymienionych w katalogu operacji chirurgicznych znajdującym się w obowiązujących w dniu składania oferty OWU.

3.14.2. Ustalenie wysokości świadczenia w przypadku konkretnej operacji chirurgicznej będzie odbywało się zgodnie z postanowieniami OWU Wykonawcy, przy czym kwota podana w tabeli w pozycji „Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego” określająca wysokość świadczenia z tytułu operacji chirurgicznych stanowi najwyższą możliwą pojedynczą wypłatę z tytułu operacji chirurgicznej dla najpoważniejszych operacji. Dla operacji pozostałych wysokość świadczenia będzie określona jako procent kwoty podanej w tabeli zgodnie z postanowieniami OWU Wykonawcy.

3.14.3. Wykonawca nie może wymagać do wypłaty świadczenia z tytułu operacji chirurgicznych minimalnego okresu pobytu w szpitalu w związku z przebytą operacją . Wykonawca nie może ograniczyć wysokości świadczenia należnego z tytułu danej operacji chirurgicznej, jeżeli operacja ta została przeprowadzona metodą endoskopową.

3.14.4. Wykonawca nie może odmówić wypłaty świadczenia z tytułu operacji chirurgicznej powołując się na fakt, iż zajście zdarzenia jako przyczyna operacji chirurgicznej miała miejsce przed początkiem odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej w drodze niniejszego postępowania przetargowego.

1. Leczenie w szpitalu Ubezpieczonego w związku z: chorobą, zawałem serca lub udarem mózgu, doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku w pracy, doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego w pracy.

3.15.1. Świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu będą wypłacane w przypadku hospitalizacji, jeżeli pobyt trwa dłużej niż 1 dzień (1 zmiana daty). Świadczenie jest wypłacane od pierwszego dnia za każdy dzień pobytu w szpitalu. Wykonawca wypłaci łączne świadczenia maksymalnie za okres nieprzekraczający 180 dni pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w każdym 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia.

3.15.2. Odpowiedzialność z tytułu leczenia w szpitalu oraz pobytu na OIOM / OIT (trwający nieprzerwanie co najmniej 24 godziny pobyt na OIOM / OIT w trakcie trwania pobytu w szpitalu) placówkach znajdujących się w krajach leżących w Europie oraz w Australii, Japonii, Kanady, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanach Zjednoczonych Ameryki.

3.15.3. Wykonawca nie może odmówić wypłaty świadczenia z tytułu leczenia w szpitalu powołując się na fakt, iż zajście zdarzenia jako przyczyna leczenia szpitalnego miała miejsce przed początkiem odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej w drodze niniejszego postępowania przetargowego.

3.16 Specjalistyczne leczenie (dotyczy Grupy III) Zakres ubezpieczenia obejmuje przeprowadzenie u Ubezpieczonego specjalistycznego leczenia tj.

* chemioterapii albo radioterapii,
* terapii interferonowej,
* wszczepienia kardiowertera/defibrylatora,
* wszczepienia rozrusznika serca,
* ablacji.

3.17. Utrata zdrowia przez dziecko

Zakres obejmuje świadczenie w przypadku wystąpienia u dziecka ciężkiej choroby tj.: co najmniej ciężkie oparzenie, dystrofia mięśni, gorączka reumatyczna z przetrwałymi powikłaniami sercowymi, łagodny guz mózgu, nabyta niedokrwistość aplastyczna, nabyta niedokrwistość hemolityczna, nabyta przewlekła choroba serca, nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis), niewydolność nerek, nowotwór złośliwy, porażenie (paraliż), przewlekłe wirusowe zapalenia wątroby typu B lub C, śpiączka, tężec, utrata kończyny, utrata słuchu, utrata wzroku, zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji krwi, zapalenie mózgu, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.

4.**Dopuszczalne wyłączenia**

**Postanowienia wspólne dla wszystkich Grup**

4.1 **W zakresie ubezpieczenia ryzyka: Śmierć ubezpieczonego**

Dopuszczalne wyłączenia – brak odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu śmierci Ubezpieczonego i współubezpieczonych, osierocenia dziecka na skutek śmierci Ubezpieczonego, jeżeli zdarzenie nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:

1) czynnego udziału Ubezpieczonego lub współubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru, zamieszkach, powstaniach lub przewrotach wojskowych,

2) wojny, działań wojennych, stanu wojennego lub stanu wyjątkowego, działań w w ramach wojskowych misji pokojowych w tym tzw. kontyngentów oraz w ramach sił stabilizacyjnych i innych działań jednostek wojskowych oraz policyjnych poza granicami Rzeczypospolitej

Polskiej,

3) czynnego udziału Ubezpieczonego lub współubezpieczonego w przestępstwie lub usiłowaniu popełnienia przestępstwa,

4) samobójstwa popełnionego przed upływem 6 miesięcy od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej dla tego Ubezpieczonego

4.2 **W zakresie ubezpieczenia ryzyka: Śmierć ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem (NW)**

Dopuszczalne wyłączenia – brak odpowiedzialności Ubezpieczyciela wskutek śmierci ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwych wypadków, jeżeli te powstały:

1. Wskutek działań wojennych, ataków terroru (terroryzm), udziału w masowych rozruchach społecznych, czynnego udziału w aktach przemocy,
2. Podczas kierowania (prowadzenia) pojazdu mechanicznego, jeśli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich dokumentów uprawniających do prowadzenia tego pojazdu lub gdy Ubezpieczony prowadził pojazd po spożyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, a także po zażyciu środków odurzających lub narkotyków,
3. W związku z popełnieniem przez Ubezpieczonego (lub usiłowaniem popełnienia przez niego) przestępstwa,
4. Wskutek samookaleczenia przez Ubezpieczonego
5. W związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem przez Ubezpieczonego samobójstwa,
6. Wskutek zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, zażyciem narkotyków lub środków odurzających, a także innych substancji psychotropowych bądź użycia środków farmakologicznych bez wskazań lekarza,
7. Wskutek wyczynowego uprawiana sportu lub udziału w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o ryzykownym charakterze, takich jak: sporty spadochronowe i lotnicze, żeglarstwo morskie, kaskaderstwo, sporty motorowe i motorowodne, wspinaczka wysokogórska, skoki na linie, speleologia i nurkowanie,
8. Wskutek udziału we wszelkiego rodzaju rajdach i wyścigach poza lekkoatletyką i pływaniem,

4.3 **W zakresie ubezpieczenia ryzyka: Śmierć ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu**. Dopuszczalne wyłączenia – jak w przypadku śmierci spowodowanej NW

4.4. **W zakresie ubezpieczenia ryzyka: Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku**.Dopuszczalne wyłączenia – jak w przypadku śmierci spowodowanej NW

4.5 **W zakresie ubezpieczenia ryzyka: Ciężka choroba (poważne zachorowanie) ubezpieczonego.**

Dopuszczalne wyłączenia – brak odpowiedzialności Ubezpieczyciela za poważne zachorowanie ( ciężką chorobę) ubezpieczonego, jeżeli te powstały:

1. Wskutek działań wojennych, ataków terroru ( terroryzm), udziału w masowych rozruchach społecznych, świadomego udziału w aktach przemocy,
2. W związku z popełnieniem przez Ubezpieczonego (lub usiłowaniem popełnienia przez niego) przestępstwa,
3. Wskutek samookaleczenia przez Ubezpieczonego,
4. W związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem przez Ubezpieczonego samobójstwa,
5. Wskutek zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, zażyciem narkotyków lub środków odurzających, a także innych substancji psychotropowych bądź użycia środków farmakologicznych bez wskazań lekarza,
6. Dopuszcza się stosowanie wyłączeń stosowanych w ogólnych warunkach ubezpieczenia Ubezpieczyciela dla poszczególnych jednostek chorobowych.

4.6. **W zakresie ubezpieczenia ryzyka: Pobyt w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku lub w wyniku choroby**

Dopuszcza się wyłączenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, który rozpoczął się przed początkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela, (ograniczenie to nie może dotyczyć zdarzeń w odniesieniu do których Ubezpieczony kontynuuje ubezpieczenie)

Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe powstanie:

1. w związku z leczeniem przez uczestnika skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub innych środków o podobnym działaniu,
2. w związku z chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków nieszczęśliwych wypadków, które były przyczyną zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną ubezpieczeniową,
3. w związku z chorobą uczestnika, która nabrała charakteru choroby przewlekłej, wymagającej okresowego leczenia, chorobą psychiczną lub umysłową uczestnika, wadą wrodzoną uczestnika lub chorobą wywołaną u uczestnika bezpośrednio lub pośrednio przez HIV,
4. w wyniku celowego samookaleczenia ciała przez uczestnika lub usiłowania popełnienia przez niego samobójstwa, również w stanie zniesionej lub ograniczonej poczytalności,
5. w związku z pozostawaniem uczestnika pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków o podobnym działaniu, z wyjątkiem przyjmowanych zgodnie z zaleceniami lekarza,
6. w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez uczestnika przestępstwa,
7. w wyniku nieuzasadnionego nieskorzystania przez uczestnika z porady lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń lekarskich,
8. w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał uczestnik, z wyjątkiem przypadku, gdy przebywał on na pokładzie samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych,
9. jako bezpośredni lub pośredni rezultat aktów terroryzmu, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek,
10. jako bezpośredni lub pośredni rezultat świadomego i dobrowolnego uczestnictwa uczestnika w innych aktach przemocy, chyba że udział uczestnika wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
11. w wyniku udziału uczestnika w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawiania sportów spadochronowych, motorowych, motorowodnych, szybownictwa, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, skoków na linie (bungee jumping),
12. w wyniku wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu przez uczestnika,
13. w związku z klęską żywiołową lub epidemią ogłoszonymi przez odpowiednie organa administracji państwowej.

W odniesieniu do pozostałych zakresów ubezpieczenia dopuszcza się stosowanie Ogólnych Warunków Ubezpieczyciela/Wykonawcy

1. **Wymagane definicje**

5.1 **Pracownik** - osoba fizyczna zatrudniona przez Zamawiającego na podstawie umowy o

pracę, powołania, wyboru, mianowania, umowy o pracę nakładczą, spółdzielczej umowy o pracę, w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu pracy; osoba związana z zamawiającym kontraktem menedżerskim, osoba wykonująca na rzecz Ubezpieczającego pracę na podstawie umowy cywilnoprawnej, osoba zatrudniona na podstawie umowy zawartej w wyniku powołania lub wyboru do organu reprezentującego osobę prawną.

5.2. **Nieszczęśliwy wypadek** – – zdarzenie wywołane zewnętrzną przyczyną nie mającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego, która to przyczyna zadziałała w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej w sposób nagły, niezależnie od woli Ubezpieczonego;. (dotyczy: wszystkich ubezpieczeń),

5.3. **Wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego zwykłych czynności albo poleceń przełożonych w ramach stosunku pracy albo stosunku cywilnoprawnego, z tytułu, którego opłacana jest składka na ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych. (dotyczy: ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy, ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy, ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie wypadku przy pracy, ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy),

5.4 **Wypadek komunikacyjny** - nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił w związku z 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. (dotyczy: ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego, ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy, ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie wypadku komunikacyjnego, ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy),

5.5. **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji. (dotyczy: ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu),

5.6**. Udar mózgu** - nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych. (dotyczy: ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu, ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu), Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego za wyjątkiem epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA). (dotyczy: ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu, ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu),

5.7. **Zawał serca**: - wystąpienie u Ubezpieczonego martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego, potwierdzony rozpoznaniem opartym na wystąpieniu typowego dla zawału serca bólu w klatce piersiowej, znaczącego podwyższenia stężenia biochemicznych markerów martwicy mięśnia sercowego we krwi, za wyjątkiem epizodów dławicowego bólu w klatce piersiowej bez zawału serca (angina pectoris); (dotyczy: ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu, ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu)”. [ Zamawiający dopuszcza jako równoległe, definicje „zawału serca” zawarte w ramach swoich ogólnych warunków:

W przypadku ryzyka śmierci w skutek zawału serca:

zawał serca – martwica części mięśnia sercowego spowodowana nagłym zmniejszeniem dopływu krwi do tej części mięśnia sercowego.

W przypadku trwałego uszczerbku w wyniku zawału serca oraz pobytu w szpitalu wskutek zawału serca:

zawał serca – który jest uszkodzeniem części mięśnia sercowego w wyniku ostrego niedokrwienia. Odpowiadamy wyłącznie za taki zawał serca, którego rozpoznanie potwierdza wzrost lub spadek stężenia troponiny sercowej, przy co najmniej jednej wartości powyżej normy, oraz spełnione jest co najmniej jedno z następujących kryteriów:

a) kliniczne objawy niedokrwienia mięśnia sercowego,

b) nowe niedokrwienne zmiany w EKG,

c) nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego w badaniach obrazowych lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej,

d) skrzeplina w tętnicy wieńcowej stwierdzona w koronarografii.

Odpowiadamy również za zawał związany z zabiegiem na tętnicach wieńcowych, o ile w badaniach obrazowych stwierdzono nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego o umiejscowieniu odpowiadającym etiologii niedokrwiennej lub w koronarografii stwierdzono powikłania zabiegu ograniczające przepływ krwi oraz w którym stwierdzono wzrost stężenia troponiny sercowej we krwi do wartości:

a) 5-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z przezskórną interwencją wieńcową lub

b) 10-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z pomostowaniem tętnic wieńcowych].

5.8. **Współmałżonek** – osoba pozostająca z ubezpieczonym w związku małżeńskim, w stosunku, do którego nie została, na dzień zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. (dotyczy: ubezpieczenia na wypadek śmierci współmałżonka, ubezpieczenia na wypadek śmierci współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku, ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców lub teściów),

5.9. **Dziecko**:

* 1. dziecko własne, przysposobione oraz pasierb Ubezpieczonego (jeżeli nie żyje ojciec lub matka), pod warunkiem, ze nie ukończyło 25 roku życia. (dotyczy: ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka),
  2. dziecko własne, przysposobione oraz pasierb Ubezpieczonego (jeżeli nie żyje ojciec lub matka), w wieku do 18 lat, a w przypadku jego uczęszczania do szkoły w wieku do 25 lat lub bez względu na wiek w przypadku całkowitej niezdolności dziecka do pracy. (dotyczy: ubezpieczenia na wypadek osierocenia dziecka)

5.10. **Rodzic** – matka lub ojciec Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a także macocha lub ojczym Ubezpieczonego, o ile nie żyje odpowiednio matka lub ojciec Ubezpieczonego. (dotyczy: ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców lub teściów),

5.11. **Teść** – matka lub ojciec współmałżonka/ partnera życiowego Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a także macocha lub ojczym Współmałżonka Ubezpieczonego, o ile nie żyje odpowiednio matka lub ojciec współmałżonka/partnera życiowego Ubezpieczonego. (dotyczy: ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców lub teściów),

5.12. **Urodzenie się dziecka** – urodzenie się żywego własnego dziecka Ubezpieczonemu, potwierdzone aktem urodzenia. (dotyczy: ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka),

5.13. **Urodzenie martwego dziecka** – urodzenie się własnego dziecka Ubezpieczonemu, które zmarło w trakcie porodu lub urodziło się martwe, pod warunkiem, że urodzenie to zostało zarejestrowane. (dotyczy: ubezpieczenia na wypadek urodzenia martwego dziecka),

5.14. **Operacja chirurgiczna** - to zabieg polegający na naruszeniu ciągłości tkanek, ujęty w wykazie zakładu ubezpieczeń wykonany przez wykwalifikowanego lekarza o specjalności zabiegowej, w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym niezbędny z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu. (dotyczy: ubezpieczenia operacji chirurgicznych Ubezpieczonego),

5.15. **Choroba** – stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego prowadzący do konieczności leczenia szpitalnego. (dotyczy: ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą),

5.16. **Leczenie szpitalne** – leczenie stacjonarne stanów nagłych, w przypadku których odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo utratą życia lub leczenie stanów, w których nie można uzyskać celu leczniczego podczas leczenia ambulatoryjnego. (dotyczy: ubezpieczenia leczenia w szpitalu Ubezpieczonego w związku z: chorobą, zawałem serca lub udarem mózgu, doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku w pracy, doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego w pracy),

5.17. **Szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń

zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego. (dotyczy: ubezpieczenia leczenia w szpitalu Ubezpieczonego w związku z: chorobą, zawałem serca lub udarem mózgu, doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku w pracy, doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego w pracy).

5.18 **OIOM/ OIT –** specjalistyczny oddział szpitalny przeznaczony dla chorych wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru. Za OIOM uznaje się także oddziały intensywnej opieki kardiologicznej i neurologicznej.

5.19 **Rekonwalescencja –** : pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym przez szpital zaczynający się bezpośrednio po min. 14-dniowym pobycie w tym szpitalu do 30 dni

5.20 **Partner życiowy:** osoba niespokrewniona z ubezpieczonym wskazana przez ubezpieczonego głównego w stosownym oświadczeniu. Jest to osoba płci odmiennej, pozostająca z ubezpieczonym głównym w związku pozamałżeńskim, prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe. Partner nie może być w związku małżeńskim z inną osobą.

5.21**. Poważne zachorowanie współmałżonka/partnera życiowego ubezpieczonego:** współmałżonek/ partner życiowy ubezpieczonego pracownika objęty będzie ubezpieczeniem z tytułu ryzyka poważnego zachorowania.

5.22**. Leczenie specjalistyczne:** świadczenie jednorazowe, wypłacane raz za każdy wykonany zabieg między innymi chemioterapię lub radioterapię, wszczepienie rozrusznika serca, defibrylatora, kardiowertera, ablację, terapię interferonową itp.

5.23**. Świadczenie lekowe:** ryczałt wypłacany jednorazowo po udokumentowaniu pobytu w szpitalu np. Karta Apteczna, Świadczenie lekowe itp. Świadczenie winno być wypłacone co najmniej trzy ( 3 ) razy w ciągu każdego okresu polisowego. Minimalny limit dla jednorazowego świadczenia wynosi 200 zł*. [Zamawiający dopuszcza, że w przypadku pobytu w szpitalu Wykonawca przyznaje ubezpieczonemu – poprzez wydanie ważnej Karty Aptecznej – prawo do odbioru w aptece produktów o wartości 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu pobytu w szpitalu, wskazanej przez Wykonawcę]*

**6. Czas trwania odpowiedzialności Wykonawcy w stosunku do poszczególnych ubezpieczonych.**

6.1. Odpowiedzialność Wykonawcy w stosunku do poszczególnych ubezpieczonych ubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:

6.1.1 otrzymania przez Wykonawcę oświadczenia o odstąpieniu przez Zamawiającego od umowy,

6.1.2 śmierci ubezpieczonego,

6.1.3 upływu 1 miesiąca, licząc od końca okresu, za który została przekazana ostatnia składka, z zastrzeżeniem pkt. 4.2

6.1.4 upływu okresu, za jaki przekazano składkę, jeżeli w tym okresie ustał stosunek prawny łączący ubezpieczonego z Zamawiającym,

6.1.5 upływu okresu, za jaki przekazano składkę – w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia lub nie przekazania składki przez ubezpieczonego Zamawiającemu z zastrzeżeniem pkt. 4.2

6.1.6 upływu okresu wypowiedzenia umowy.

6.2. Odpowiedzialność Wykonawcy w stosunku do ubezpieczonego zostaje wznowiona z zachowaniem ciągłości odpowiedzialności w przypadku uzupełnienia zaległości w przekazywaniu składek przed upływem trzeciego miesiąca zaległości.

6.3. Odpowiedzialność Wykonawcy w stosunku do ubezpieczonego zostaje przedłużona o 1 miesiąc po ustaniu stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego z Zamawiającym pod warunkiem przekazania składki za ten miesiąc.

7. Umowa może być rozwiązana w trybie natychmiastowym przez Zamawiającego w przypadku niewywiązania się Wykonawcy z jej postanowień, w szczególności w przypadku niewypłacania lub nieterminowego wypłacania należnych ubezpieczonym świadczeń. W takim przypadku Wykonawcy przysługuje składka wyłącznie za zrealizowaną część umowy.

8. KLAUZULA FAKULTATYWNA (dobrowolna) – Prawo do dożywotniej kontynuacji. Wykonawca oświadcza, że możliwi ubezpieczonemu, który przestał być członkiem grupy prawo do dożywotniej kontynuacji na niezmienionych warunkach ochrony ubezpieczeniowej.