

SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Przedmiotem zamówienia jest ubezpieczenie na życie pracowników Zamawiającego oraz członków ich rodzin.
2. Opisany poniżej zakres ochrony i wymagania to warunki minimalne. Jeżeli w oferowanych ogólnych warunkach ubezpieczenia znajdują się zapisy korzystniejsze dla Zamawiającego lub Ubezpieczonych i nie zostanie wyraźnie zastrzeżone przez Wykonawcę, że nie będą one mieć zastosowania, to zostają automatycznie włączone do ubezpieczenia.
3. W kwestiach nieuregulowanych w SIWZ będą miały zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia Wykonawcy, złożona przez niego oferta oraz odpowiednie przepisy prawa.

II. UBEZPIECZENI

1. Do ubezpieczenia może przystąpić każdy pracownik Zamawiającego, bez względu na podstawę prawną zatrudnienia a także osoby wykonujące na rzecz NIK pracę na podstawie umów cywilno-prawnych.
2. Strukturę wiekowo-płciową wszystkich pracowników (1595 osób) zawiera Załącznik nr 1A – Struktura pracowników.
3. Do ubezpieczenia mogą przystępować również członkowie rodzin pracowników, niezależnie od ich liczby, z zastrzeżeniem, że członek rodziny danego pracownika może przystąpić do ubezpieczenia, jeżeli do ubezpieczenia przystąpił także sam pracownik.
4. Przez członków rodziny pracownika rozumie się jego małżonka lub partnera życiowego oraz dzieci zgodnie z definicjami zawartymi w części IX.
5. Do ubezpieczenia mogą przystępować osoby, które ukończyły 18 rok życia i nie ukończyły 67 roku życia, z zastrzeżeniem, że w przypadku:
 - a) pracowników Zamawiającego objętych dotychczas funkcjonującym u Zamawiającego grupowym ubezpieczeniem na życie, pod warunkiem zachowania ciągłości ich ubezpieczenia, Wykonawca dopuści ich przystępowanie bez względu na wiek,
 - b) pracowników Zamawiającego nie objętych dotychczas funkcjonującym u Zamawiającego grupowym ubezpieczeniem na życie, Wykonawca dopuści ich przystępowanie do czasu ukończenia 69 roku życia,
 - c) członków rodziny pracownika objętych dotychczas funkcjonującym u Zamawiającego grupowym ubezpieczeniem na życie, pod warunkiem zachowania ciągłości ich ubezpieczenia, Wykonawca dopuści ich przystępowanie do czasu ukończenia 72 roku życia.
6. Wykonawca nie będzie stosować żadnych ograniczeń w zakresie ubezpieczenia i wypłacie świadczeń ze względu na wiek ubezpieczonych osób.
7. Pracownicy mogą pozostawać ubezpieczeni przynajmniej do czasu ukończenia 75 roku życia.
8. Członkowie rodzin mogą pozostawać ubezpieczeni przynajmniej do czasu ukończenia 72 roku życia

III. PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczenie jest dobrowolne. Osoby spełniające kryterium przynależności do grupy mogą w dowolnym momencie trwania umowy przystępować do ubezpieczenia lub rezygnować z ubezpieczenia.

2. Zamawiający nie może zagwarantować, że wszyscy pracownicy skorzystają z możliwości przystąpienia do ubezpieczenia. W obecnie funkcjonującym ubezpieczeniu grupowym na życie uczestniczy aktualnie 995 pracowników i 311 członków rodzin. Na chwilę obecną wiek najstarszego ubezpieczonego członka rodziny to 71 lat a najstarszego ubezpieczonego pracownika to 72 lata.
3. Każdy pracownik może dokonać swobodnego wyboru pakietu ubezpieczenia w ramach, którego chce być ubezpieczony. Członek rodziny może przystąpić tylko do tego samego pakietu, co pracownik.
4. Poszczególne zakresy ubezpieczenia będą funkcjonować, bez względu na to ilu pracowników Zamawiającego lub członków ich rodzin zdecyduje się do nich przystąpić.
5. Ubezpieczony może dokonać zmiany wybranego pakietu ubezpieczenia w dowolnym momencie roku polisowego, nie więcej niż raz w roku, z zastrzeżeniem, że będzie miała zastosowanie karencja na różnicę sum oraz świadczeń.
6. Wykonawca nie będzie wymagał wypełniania przez pracowników Zamawiającego przystępujących do ubezpieczenia żadnych ankiet medycznych, ani w inny sposób nie będzie zadawać pytań o stan ich zdrowia. Wykonawca może wymagać wypełnienia oświadczenia o stanie zdrowia jedynie przez dotychczas nieubezpieczonych członków rodzin pracowników.
7. Wykonawca przyjmie do ubezpieczenia także osoby przebywające w szpitalach, na zwolnieniach lekarskich, urlopach macierzyńskich, urlopach bezpłatnych, uznane za czasowo niezdolne do pracy, jeżeli są one ubezpieczone w dotychczas funkcjonującej u Zamawiającego umowie grupowego ubezpieczenia na życie i zachowana zostanie ciągłość ubezpieczenia.

IV. SKŁADKA

1. Każdy pracownik przystępując do ubezpieczenia wyrazi zgodę na comiesięczne potrącanie przez Zamawiającego z jego wynagrodzenia, środków na opłacenie składki za ubezpieczenie swoje i członków swojej rodziny zgłoszonych do ubezpieczenia.
2. Każda z jednostek organizacyjnych Zamawiającego (Centrala i Delegatury) będzie oddzielnie przekazywać składkę potrąconą w danym miesiącu za pracowników zatrudnionych w tej jednostce oraz członków ich rodzin, przelewem na konto Wykonawcy. Składka stanowić będzie iloczyn aktualnej liczby ubezpieczonych w danym miesiącu i składki za jedną osobę w danym wariantcie ubezpieczenia.
3. Wykonawca dopuści możliwość przelania składki bezpośrednio na konto Wykonawcy przez osoby ubezpieczone, które nie mogą mieć dokonanego potrącenia składki przez Zamawiającego (np. osoby przebywające na urlopie wychowawczym). Zamawiający, na życzenie Wykonawcy, może przygotowywać comiesięczne zestawienia takich wpłat.
4. Składka opłacana będzie z góry, do 15 dnia miesiąca za który jest należna.
5. Wykonawca wyraża zgodę, aby pierwsza składka została opłacona do końca miesiąca za który jest należna. Nie będzie to miało wpływu na początek ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez Wykonawcę, jednak Wykonawca w takim przypadku może wstrzymać wypłaty świadczeń do czasu otrzymania całej należnej składki.
6. Za datę płatności składki uważa się datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego, pod warunkiem, że na rachunku znajdowała się wystarczająca ilość środków.
7. Brak zapłaty składki w wyznaczonym terminie nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, zawieszenia odpowiedzialności ani rozwiązania umowy pod warunkiem, że brakująca składka za ubezpieczenie grupowe zostanie przekazana do końca miesiąca za który jest należna. W przypadku braku składki do końca miesiąca, odpowiedzialność na polisie zostaje zawieszona, a Wykonawca w takim przypadku wzywa Zamawiającego do uzupełnienia zaległości wskazując, co najmniej 14-dniowy dodatkowy termin zapłaty składki oraz informując o skutku nieprzekazania składki. Po uregulowaniu zaległej składki odpowiedzialność zostaje wznowiona i Wykonawca wypłaca świadczenia za okres zawieszenia. W przypadku

nieuregulowania składki w dodatkowym terminie umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem 3 miesięcy zaległości.

8. Wykonawca zobowiązany jest zawiadomić Zamawiającego o nadpłacie bądź niedopłacie miesięcznej składki w terminie do 25 dnia miesiąca za który jest należna. Zamawiający wyraża zgodę aby informacja była udostępniana przy wykorzystaniu elektronicznego systemu informatycznego Wykonawcy.
9. Miesięczna wysokość składki za jedną osobę (cena maksymalna) nie może być wyższa niż:
 - b) 80,00 zł w zakresie I,
 - c) 95,00 zł w zakresie II,
 - d) 110 zł w zakresie III,
 - e) 130,00 zł w zakresie IV.

V. MIEJSCE OBSŁUGI

1. Aktualnie pracownicy Zamawiającego zatrudnieni są w następujących lokalizacjach: Białymstoku, Bydgoszczy, Gdańsku, Goławicach (gm. Pomiechówek), Katowicach, Kielcach, Krakowie, Lublinie, Łodzi, Olsztynie, Opolu, Poznaniu, Rzeszowie, Szczecinie, Warszawie, Wrocławiu i Zielonej Górze.
2. Jeżeli ustalenie uszczerbku na zdrowiu na podstawie dokumentacji medycznej (ocena zaoczna) nie będzie wystarczające, to Wykonawca umożliwi przeprowadzanie badań lekarskich lub odbywanie komisji lekarskich w miejscach możliwie jak najdogodniejszych dla ubezpieczonych.

VI. WYMAGANY ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO.

Świadczenie należne uposażonemu z tytułu śmierci Ubezpieczonego nie jest pomniejszane o kwoty wcześniej wypłaconych Ubezpieczonemu świadczeń. Wyjątek od powyższego zapisu stanowi świadczenie wypłacone Ubezpieczonemu z tytułu Choroby Śmiertelnej, o które pomniejszane jest świadczenie z tytułu zgonu.

2. ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU.

Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli nieszczęśliwy wypadek miał miejsce w okresie odpowiedzialności Wykonawcy lub poprzedniego Ubezpieczyciela, śmierć zaistniała w okresie odpowiedzialności Wykonawcy i z medycznego punktu widzenia istniał związek przyczynowo -skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią ubezpieczonego. Nie uzależnia się wypłaty świadczenia od długości okresu pomiędzy śmiercią, a nieszczęśliwym wypadkiem będącym jej przyczyną.

3. ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE WYPADKU PRZY PRACY

Wypadek powinien zostać zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP. Za wypadek przy pracy uznaje się także taki, który miał miejsce w czasie podróży służbowej.

Nie dopuszcza się możliwości ograniczenia odpowiedzialności z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku przy pracy w stosunku do osób, którzy nie są pracownikami Zamawiającego (ubezpieczonych członków rodzin pracowników). W takim przypadku wystąpienie wypadku przy pracy zostanie potwierdzone protokołem BHP wystawionym przez pracodawcę ubezpieczonego członka rodziny.

4. ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

Nieszczęśliwy wypadek, któremu ubezpieczony uległ jako pieszy, rowerzysta, pasażer lub kierujący pojazdem, również bez udziału innych pojazdów, w transporcie lądowym, lotniczym lub wodnym.

5. ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO PRZY PRACY.

6. ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU.

Prawo do świadczenia przysługuje, jeśli śmierć ubezpieczonego nastąpiła w okresie odpowiedzialności Wykonawcy, data rozpoznania zawału serca lub udaru mózgu wskazana w diagnozie lekarskiej miała miejsce w okresie odpowiedzialności Wykonawcy lub poprzedniego Ubezpieczyciela, i z medycznego punktu widzenia istniał związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu a śmiercią ubezpieczonego. Nie uzależnia się wypłaty świadczenia od długości okresu pomiędzy śmiercią, a zdarzeniem będącym jej przyczyną.

7. TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji. Świadczenie płatne jest za każdy 1% uszczerbku od co najmniej pierwszego procentu uszczerbku. Prawo do świadczenia przysługuje za maksymalnie 100% przyznanego uszczerbku.

8. TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU NA SKUTEK UDARU LUB ZAWAŁU MIĘŚNIA SERCOWEGO.

Świadczenie płatne jest za każdy 1% uszczerbku od co najmniej pierwszego procentu uszczerbku. Prawo do świadczenia przysługuje za maksymalnie 100% przyznanego uszczerbku.

9. TRWAŁA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY I SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LUB CHOROBY.

10. POWAŻNE ZACHOROWANIE

- a) Wykonawca przyjmuje odpowiedzialność za każde wymienione w katalogu stanów chorobowych poważne zachorowanie, zabieg lub operację, które miało miejsce w okresie jego odpowiedzialności, o ile nie istnieje związek przyczynowo-skutkowy z innym poważnym zachorowaniem, za które Wykonawca wypłacił już świadczenie, bez względu na liczbę poważnych zachorowań i ich częstotliwość.
- b) Minimalny katalog poważnych zachorowań powinien zawierać 25 jednostek chorobowych, w tym obligatoryjnie:
 1. *Udar mózgu* - nagłe, ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych lub śmierci, wywołane przez przyczyny naczyniowe rozumiane jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych wywołanych czynnikami urazowymi. **Konieczne jest przedstawienie dowodów na utrwalone ubytki neurologiczne.**
 2. *Zawał serca* - martwica części mięśnia sercowego spowodowana nagłym zmniejszeniem dopływu krwi,
 3. *Niewydolność nerek* - nieodwracalna i wymagająca regularnego, stałego stosowania dializ lub przeprowadzenia przeszczepu nerki,
 4. *Bypass* – chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych poprzez wytworzenie przepliwów omijających (pomostów),
 5. *Nowotwór złośliwy* – pod pojęciem tym rozumie się też białaczkę, złośliwe schorzenie układu limfatycznego (np. choroba Hodgina) oraz chłoniaki nieziarnicze,
 6. *Zarażenie wirusem HIV na skutek transfuzji krwi i zawodowe,*
 7. *Operację aorty (brzuszej i piersiowej)* - wymiana chorobowo zmienionego odcinka aorty z zastosowaniem protezy naczyniowej,
 8. *Przeszczep narządu* - chirurgiczne przeszczepienie do organizmu biorcy narządu,
 9. *Wszczepienie zastawki serca* - wszczepienie protezy zastawki serca,
 10. *Całkowita utrata mowy* - całkowita i nieodwracalna,

11. *Całkowita utrata słuchu* - obustronna całkowita i nieodwracalna,
12. *Całkowita utrata wzroku* - całkowita i nieodwracalna utrata widzenia obuocznego,
13. *Łagodne guzy mózgu* - guzy mózgu nie sklasyfikowane jako złośliwe, wymagające usunięcia lub w przypadku braku możliwości leczenia operacyjnego, powodujące wystąpienie trwałych deficytów neurologicznych,
14. *Oparzenia* - wymagające hospitalizacji oparzenie II stopnia oraz II i III stopnia łącznie obejmujące minimum 60% powierzchni ciała lub oparzenie III stopnia obejmujące minimum 15 % powierzchni ciała.
15. *Stwardnienie rozlane* - przewlekła choroba charakteryzująca się występowaniem ubytkowych objawów neurologicznych powstałych w wyniku rozsiańskich zmian demielinizacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym, przebiegająca z okresami rzutów i remisji lub o przebiegu postępującym, nieprawidłowości w badaniu neurologicznym muszą się utrzymywać nieprzerwanie przez okres przynajmniej 6 miesięcy,
16. *Śpiączka* - stan nieprzytomności z całkowitym brakiem reakcji organizmu na bodźce zewnętrzne oraz jego potrzeby wewnętrzne, przebiegający z zaburzeniami odruchowych funkcji vegetatywnych, wymagający wykorzystywania systemu podtrzymywania życia w sposób stały i nieprzerwany przez okres co najmniej 96 godzin.

Zamawiający zwraca uwagę, że powyższe opisy poważnych zachorowań mają na celu ich dookreślenie i ustalenie podstawowych wymaganych parametrów ale nie wyczerpują ich pełnych definicji, w tym między innymi sposobu potwierdzenia rozpoznania choroby. Wykonawca może posługiwać się własną definicją, o ile nie będzie ona zawężała minimalnego wymaganego zakresu i nie będzie sprzeczna z obowiązującą wiedzą medyczną.

11. OPERACJA CHIRURGICZNA UBEZPIECZONEGO.

- a) Operacja chirurgiczna - zabieg chirurgiczny, wykonany w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, niezbędny z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu.
- b) Wykonawca przyjmuje odpowiedzialność za każdą operację, która została przeprowadzona w okresie ubezpieczenia.
- c) Świadczenie jest wypłacane niezależnie od tego w jakim czasie od nieszczęśliwego wypadku miała miejsce operacja chirurgiczna lub w jakim czasie zostało zdiagnozowane schorzenie będące przyczyną operacji oraz jak długo Ubezpieczony przebywał w szpitalu, jeżeli operacja miała miejsce w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Wysokość wypłaconego świadczenia nie może być zależna od metody, jaką dokonano operacji.
- d) Świadczenie jest wypłacane z tytułu poddania się operacji chirurgicznej na terytorium RP i przynajmniej państw Unii Europejskiej. Zamawiający wymaga aby zakres terytorialny odpowiedzialności operacji chirurgicznej Wykonawcy odpowiadał zakresowi terytorialnemu odpowiedzialności z tytułu pobytu w szpitalu.
- e) Dopuszcza się podział operacji na klasy, gdzie za klasę I uważa się najcięższą operację (najbardziej skomplikowaną), a za klasę ostatnią V, najlżejszą operację (najmniej skomplikowaną).
- f) Wypłata świadczenia za poddanie się operacji w poszczególnych klasach, powinna wynosić co najmniej:
 - Klasa I: 100% świadczenia za najcięższą operację,
 - Klasa II: 75% świadczenia za najcięższą operację,
 - Klasa III: 50% świadczenia za najcięższą operację,

- Klasa IV: 25% świadczenia za najcięższą operację,
 - Klasa V: 12,5% świadczenia za najcięższą operację.
- g) Dopuszcza się ograniczenie odpowiedzialności Wykonawcy w stosunku do danego Ubezpieczonego w ciągu roku polisowego, do wypłaty świadczenia w wysokości 200% świadczenia za najcięższą operację. Jeśli suma poszczególnych świadczeń z tytułu poddania się Operacji chirurgicznej przez danego Ubezpieczonego miałyby przekroczyć 200% świadczenia za najcięższą operację, ostatnie świadczenie zostanie pomniejszone w taki sposób, aby suma świadczeń w danym roku polisowym nie przekroczyła tego limitu.
- h) Świadczenie jest wypłacane niezależnie od tego w jakim czasie od nieszczęśliwego wypadku miała miejsce operacja chirurgiczna i w jakim czasie zostało zdiagnozowane schorzenie będące przyczyną operacji oraz jak długo Ubezpieczony przebywał w szpitalu, jeżeli operacja miała miejsce w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Wysokość wypłaconego świadczenia nie może być zależna od metody, jaką dokonano operacji.
- i) Jeżeli katalog operacji stosowany przez Wykonawcę ma charakter zamknięty, wykaz operacji powinien zawierać przynajmniej 500 pozycji.
- j) W przypadku przeprowadzenia ponownie tej samej operacji lub przeprowadzenia kolejnej operacji z tytułu tego samego zdarzenia (reoperacja) w okresie 60 dni od pierwszej operacji, Wykonawca wypłaci świadczenie za tę operację, która ujęta będzie w katalogu operacji jako cięższa. W przypadku, gdy druga lub kolejna operacja będzie bardziej skomplikowana, Wykonawca dopłaci różnicę świadczeń pomiędzy: świadczeniem za poddanie się operacji bardziej skomplikowanej i świadczeniem za pierwszą mniej skomplikowaną operację.
- k) Wykonawca nie może stosować powyższego ograniczenia odpowiedzialności, do jednej operacji przeprowadzonej w okresie 60 dni lub innym, jeżeli druga operacja nie była spowodowana tym samym zdarzeniem (chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem).
12. POBYT W SZPITALU – dzienne świadczenie wypłacane za każdorazowy całodobowy pobyt w szpitalu na terytorium RP i przynajmniej państw Unii Europejskiej.
- a) Świadczenie płatne za pobyt trwający nieprzerwanie minimum 3 dni w przypadku pobytu spowodowanego chorobą lub 1 dzień w przypadku nieszczęśliwego wypadku. Po przekroczeniu tego terminu, świadczenie wypłacane jest za każdy dzień począwszy od pierwszego dnia pobytu w szpitalu. Wykonawca może skrócić wymagany okres pobytu w szpitalu, co będzie podlegało dodatkowej ocenie oferty.
- b) Maksymalny okres pobytu w szpitalu, za który wypłacane jest świadczenie musi wynosić przynajmniej 90 dni w roku polisowym. Dzień przyjęcia i wypisu liczą się jako dni pełne. Wykonawca nie może wprowadzać ograniczenia liczby pobyków w szpitalu i ograniczenia ze względu na rodzaj oddziału, na którym przebywał ubezpieczony.
- c) Świadczenie jest wypłacane niezależnie od tego w jakim czasie od nieszczęśliwego wypadku miał miejsce pobyt w szpitalu i w jakim czasie zostało zdiagnozowane schorzenie będące przyczyną pobytu, jeżeli pobyt w szpitalu miał miejsce w okresie ubezpieczenia.
- d) Świadczenie wypłacane jest także jeżeli pobyt w szpitalu związany był z patologią ciąży.
- e) Świadczenie wypłacane jest także za pobyt w szpitalu rozpoczęty przed odpowiedzialnością Wykonawcy, jeżeli Ubezpieczony był wcześniej objęty ochroną z tytułu analogicznej polisy i zachował ciągłość ubezpieczenia. Świadczenie wypłacane jest za te dni pobytu w szpitalu, które miały miejsce w okresie odpowiedzialności Wykonawcy, jeżeli łączny pobyt trwał wymaganą minimalną liczbę dni.

13. POBYT W SZPITALU Z TYTUŁU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU/ NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO/ NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU PRZY PRACY/ NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO PRZY PRACY/ ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

Podwyższone świadczenie wypłacane przynajmniej przez pierwsze 14 dni pobytu w szpitalu. Świadczenie wypłacane od 15 dnia nie może być niższe niż świadczenie podstawowe wypłacane za pobyt w szpitalu z tytułu choroby.

14. RYCZAŁ ZA POBYT NA OIOM/OIT

Wykonawca przyzna świadczenie, jeżeli pobyt ubezpieczonego na OIOM lub OIT trwał co najmniej 48 godzin i ubezpieczony nabył prawo do wypłaty świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu.

15. RYCZAŁT NA LEKI

Pokrycie kosztów nabycia przez Ubezpieczonego leków po pobycie w szpitalu. Wykonawca wypłaci świadczenie wraz z wypłatą świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu (przynajmniej 3 razy w roku polisowym). Wykonawca nie będzie wymagał od Ubezpieczonego przedstawienia rachunków lub recept na zakupione leki.

16. ŚMIERĆ MAŁŻONKA LUB PARTNERA ŻYCIOWEGO.

Świadczenie z tytułu śmierci Partnera życiowego nie zgłoszonego do ubezpieczenia jako członka rodziny, zostanie wypłacone jeżeli Partner życiowy zostanie wskazany przez Ubezpieczonego w pisemnym oświadczeniu (deklaracji przystąpienia).

17. ŚMIERĆ MAŁŻONKA (LUB PARTNERA ŻYCIOWEGO) W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU.

Świadczenie z tytułu śmierci Partnera życiowego nie zgłoszonego do ubezpieczenia jako członka rodziny, zostanie wypłacone jeżeli Partner życiowy zostanie wskazany przez Ubezpieczonego w pisemnym oświadczeniu (deklaracji przystąpienia).

18. ŚMIERĆ DZIECKA

Śmierć dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Ubezpieczonego (jeżeli nie żyje ojciec lub matka), które nie ukończyło 25 roku życia lub bez względu na wiek w razie jego całkowitej niezdolności do pracy.

19. OSIEROCENIE DZIECKA

Osierocenie dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Ubezpieczonego (jeżeli nie żyje ojciec lub matka), które nie ukończyło 25 roku życia lub bez względu na wiek w razie jego całkowitej niezdolności do pracy. Rozumiane jako jednorazowe świadczenie dla każdego dziecka Ubezpieczonego w pełnej wysokości określonej w umowie.

20. ŚMIERĆ RODZICÓW UBEZPIECZONEGO

21. ŚMIERĆ RODZICÓW MAŁŻONKA LUB PARTNERA ŻYCIOWEGO UBEZPIECZONEGO.

Świadczenie z tytułu śmierci rodzica Partnera życiowego nie zgłoszonego do ubezpieczenia jako członka rodziny, zostanie wypłacone, jeżeli Partner życiowy zostanie wskazany przez Ubezpieczonego w pisemnym oświadczeniu (deklaracji przystąpienia).

22. URODZENIE DZIECKA

Rozumiane także jako przysposobienie dziecka stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu. W przypadku ciąży mnogiej świadczenie w wysokości określonej w umowie ulega odpowiedniemu zwielokrotnieniu.

23. URODZENIE MARTWEGO DZIECKA

W rozumieniu przepisów dotyczących porodów i urodzeń, jeżeli urodzenie zostało zarejestrowane.

24. LECZENIE SPECJALISTYCZNE

- a) Wykonawca wypłaci świadczenie z tytułu przeprowadzenia u Ubezpieczonego leczenia specjalistycznego obejmującego co najmniej jedną z następujących procedur medycznych: ablacja, chemioterapia, radioterapia, wszczepienie rozrusznika serca, terapia interferonowa, wszczepienie kardiowertera/defibrylatora.
- b) Wykonawca przyzna świadczenie za każde przeprowadzone u Ubezpieczonego leczenie specjalistyczne w okresie ubezpieczenia. W przypadku przeprowadzenia chemioterapii i radioterapii, wypłata nastąpi za jedno leczenie, z tytułu tego leczenia, które zastosowano jako pierwsze.
- c) Niedopuszczalne jest uzależnianie zasadności wypłaty świadczenia z tytułu leczenia specjalistycznego od momentu zdiagnozowania choroby lub zajścia nieszczęśliwego wypadku. Wykonawca wypłaci świadczenie z tytułu leczenia specjalistycznego, jeżeli leczenie specjalistyczne zostanie rozpoczęte w okresie jego odpowiedzialności.

25. KLAUZULA DOŻYWOTNIEJ KONTYNUACJI UBEZPIECZENIA Z GWARANCJĄ WARUNKÓW.

- a) Wykonawca zagwarantuje prawo do dożywotniej indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia osobom, które przestały być członkami grupy oraz osobom, które zostaną wyłączone z ubezpieczenia grupowego z uwagi na osiągnięty wiek, bez względu na ich wiek i stan zdrowia. Do oferty załączony zostanie z góry określony zakres ochrony ubezpieczeniowej oraz warunki ubezpieczenia, w tym składka.
- b) Dopuszczalne jest uwarunkowanie przez Wykonawcę prawa do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia odpowiednim okresem uczestniczenia danej osoby w ubezpieczeniu grupowym, z zastrzeżeniem, że wymóg ten nie może być większy niż 6 miesięcy oraz, że do wymaganego okresu zaliczane jest też uczestniczenie w innej, wcześniejszej umowie ubezpieczenia funkcjonującej u Zamawiającego, jeżeli zachowana zostanie ciągłość ochrony ubezpieczeniowej.
- c) Miesięczna wysokość składki za jedną osobę nie może być wyższa niż składka w ubezpieczeniu grupowym.
- d) Ubezpieczony będzie miał prawo wybrać inną składkę w indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia niż opłacał w programie grupowym.
- e) Taryfa składki w indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia nie może być wyższa niż 7 zł za każdy 1.000 zł sumy ubezpieczenia.
- f) Minimalny zakres ochrony ubezpieczeniowej musi obejmować:
 - zgon ubezpieczonego w minimalnej wysokości 100% SU,
 - zgon ubezpieczonego w wyniku NW w minimalnej wysokości 200% SU,
 - trwałe uszczerbek na zdrowiu w wyniku NW (proporcjonalny system wypłaty świadczenia – za każdy 1 % uszczerbku - 4 % sumy ubezpieczenia) w minimalnej wysokości 400% SU za 100% uszczerbek.

VII. FAKULTATYWNY ZAKRES UBEZPIECZENIA – rozszerzenie zakresu (w ramach zaoferowanej składki) podlegające ocenie.

1. Rozszerzenie listy poważnych zachorowań ponad wymagane minimum 25 jednostek chorobowych. Zaoferowanie chorób oczekiwanych przez Zamawiającego (amputacja kończyny wskutek choroby, borelioza, choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, odkleszczowe zapalenie mózgu, sepsa, schyłkowa niewydolność wątroby, ropień mózgu) będzie wyżej oceniane niż innych.
2. Wydłużenie maksymalnego okresu pobytu w szpitalu, za który płacone jest świadczenie, powyżej 90 dni w roku polisowym.

3. Skrócenie wymaganego minimalnego okresu pobytu w szpitalu z powodu choroby, niezbędnego do uruchomienia wypłaty świadczenia – do poniżej 3 dni.
4. Ujednolicenie stawki z tytułu pobytu w szpitalu do 14 dni oraz powyżej 14 dni.
5. Wypłata świadczenia równego wysokości świadczenia za najlżejszą operację (Klasa V) w przypadku przeprowadzenia operacji chirurgicznej nie ujętej w zamkniętym katalogu Wykonawcy.
6. Wprowadzenie świadczenia z tytułu rozpoznania u Ubezpieczonego choroby śmiertelnej w wysokości 50% sumy ubezpieczenia na życie. Wypłata świadczenia pomniejsza wypłatę świadczenia z tytułu zgonu należnego Uposażonym. Choroba śmiertelna rozumiana jest jako nieuleczalna choroba zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia i nie rokująca przeżycia przez ubezpieczonego okresu dłuższego niż 12 miesięcy od dnia zdiagnozowania.
7. Rozszerzenie świadczeń w Zakresie 3 o świadczenie z tytułu poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego.
8. Prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia przez 12 miesięcy na takich samych warunkach jak w ubezpieczeniu grupowym. Po 12 miesiącach ubezpieczony może kontynuować IK na warunkach określonych w zakresie standardowym (obligatoryjnym).
9. Udzielenie rabatu na ubezpieczenia indywidualne, w szczególności ubezpieczenia dotyczące majątku i komunikacji zawierane przez ubezpieczonych w ramach oferty z zakładem ubezpieczeń z grupy kapitałowej Wykonawcy oferującym ubezpieczenia majątkowe.

VIII. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

1. Minimalne wymagane rodzaje i wysokości świadczeń zawiera Załącznik nr 1B – Tabela minimalnych wysokości świadczeń.
2. W ramach umowy ubezpieczenia u Zamawiającego funkcjonować będą cztery zakresy różniące się świadczeniami i wysokością składki.
3. Wykonawca może zaproponować dodatkowe rodzaje świadczeń oraz wyższe kwoty świadczeń, co będzie podlegało ocenie zgodnie z opisem kryteriów oceny ofert zawartym w SIWZ.

IX. WYBRANE DEFINICJE

Małżonek – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w stosunku, do której nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Partner życiowy – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku nieformalnym, prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, niepozostająca z ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa, która nie pozostaje z inną osobą w związku formalnym. Wskazanie partnera następuje przez pisemne oświadczenie ubezpieczonego w momencie jego przystępowania lub w dowolnym momencie trwania ubezpieczenia (na druku deklaracji przystąpienia, zmiany lub innym wskazanym przez Wykonawcę formularzu). **Zarówno** Ubezpieczony wskazujący/zgłaszający partnera do ubezpieczenia **jak i zgłaszany partner** nie może pozostawać w związku małżeńskim z osobą trzecią. Zmiana oświadczenia o wskazaniu na inną osobę jako partnera nie może być dokonywana częściej niż raz na 12 miesięcy. Wykonawca nie będzie w inny sposób weryfikował faktu wspólnego prowadzenia gospodarstwa domowego. Wskazanie partnera życiowego przez Ubezpieczonego rozszerza odpowiedzialność Wykonawcy o Partnera Życiowego na zasadach Współmałżonka.

Pełnoletnie dziecko – dziecko własne lub przysposobione (adoptowane) Ubezpieczonego. Uznanie za osobę pełnoletnią następuje z uwzględnieniem przepisów Kodeksu Cywilnego bez górnego ograniczenia wieku dziecka przystępującego do ubezpieczenia.

Zawał serca - martwica części mięśnia sercowego spowodowana nagłym zmniejszeniem dopływu krwi.

Udar – nagłe, ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych lub śmierci, wywołane przez przyczyny naczyniowe rozumiane jako zamknięcie światła lub

przerwanie ciągłości ściany naczyń mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych wywołanych czynnikami urazowymi. Konieczne jest przedstawienie dowodów na utrwalone ubytki neurologiczne, za wyjątkiem sytuacji, kiedy nastąpił zgon w wyniku udaru mózgu.

Zamawiający dopuszcza inne brzmienie definicji, zaproponowane przez Wykonawcę, z zastrzeżeniem, że nie pogorszy to oczekiwanego zakresu ochrony.

X. POCZĄTEK ODPOWIEDZIALNOŚCI WYKONAWCY

1. Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie wynikającym z umowy ubezpieczenia w odniesieniu do każdej z osób, rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po dniu złożenia przez tę osobę deklaracji przystąpienia, pod warunkiem przekazania za tę osobę Wykonawcy pierwszej składki, z zastrzeżeniem ust. 5 w rozdz. IV.
2. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, operacji chirurgicznej i leczenia specjalistycznego Wykonawca przyjmuje odpowiedzialność za skutki stanów chorobowych oraz nieszczęśliwych wypadków, które zostały stwierdzone lub zaszły przed początkiem odpowiedzialności Wykonawcy, wobec wszystkich ubezpieczonych, niezależnie od tego czy byli wcześniej ubezpieczeni czy też nie.
3. W przypadku zdarzeń ubezpieczeniowych objętych odpowiedzialnością Wykonawcy, innych niż wymienione w ust. 2 powyżej, Wykonawca przyjmie odpowiedzialność za skutki chorób i wypadków, które zostały stwierdzone lub zaszły przed początkiem odpowiedzialności, o ile Ubezpieczony był wcześniej objęty ubezpieczeniem w ramach innej umowy grupowego ubezpieczenia na życie i zachowana jest ciągłość ubezpieczenia.
4. W przypadku zdarzeń ubezpieczeniowych objętych odpowiedzialnością Wykonawcy, innych niż wymienione w ust. 2 powyżej, dotyczących osób wcześniej nie ubezpieczonych, Wykonawca przyjmie odpowiedzialność za skutki chorób i wypadków, które zostały stwierdzone lub zaszły przed początkiem odpowiedzialności, tylko w sytuacji gdy zostały stwierdzone lub zaszły wcześniej niż 5 lat przed datą zdarzenia ubezpieczeniowego.

XI. KARENCE

1. Wykonawca wyraża zgodę na zniesienie wszelkich okresów karencji i innych czasowych ograniczeń ochrony dla osób, które przystąpią do ubezpieczenia w ciągu trzech miesięcy od daty wprowadzenia ubezpieczenia.
2. Wykonawca wyraża zgodę na zniesienie wszelkich okresów karencji i innych czasowych ograniczeń ochrony dla osób, które przystąpią do ubezpieczenia w ciągu trzech miesięcy od daty uzyskania uprawnienia do przystąpienia do ubezpieczenia, to jest:
 - a) Zatrudnienia u Zamawiającego – w przypadku pracownika i członków jego rodziny,
 - b) Zawarcia związku małżeńskiego – w przypadku małżonka pracownika,
 - c) Ukończenia 18 roku życia - w przypadku dziecka pracownika.
3. Wykonawca wyraża zgodę na zniesienie wszelkich okresów karencji i czasowych ograniczeń ochrony ubezpieczeniowej dla partnera życiowego, który przystąpi do ubezpieczenia wraz z pracownikiem (a pracownik przystąpi w okresie uprawnienia do zniesienia karencji). W przypadku przystąpienia do ubezpieczenia partnera życiowego w terminie innym niż przystąpienie pracownika, Wykonawca może zastosować w stosunku do partnera życiowego karencję.
4. W stosunku do osoby, która przystąpi do ubezpieczenia po 3 miesiącach od daty uzyskania uprawnienia do przystąpienia, ale była dotychczas objęta inną umową grupowego ubezpieczenia na oraz przedstawi potwierdzenie posiadania dotychczasowej ochrony i zachowana będzie jej ciągłość, Wykonawca do okresu karencji w zakresie danego świadczenia zaliczy okres ubezpieczenia w ramach dotychczasowej umowy w następujący sposób:

- a) Jeżeli Ubezpieczony był objęty dotychczasową umową w zakresie danego świadczenia przez okres równy lub dłuższy niż okres karencji u Wykonawcy, to Wykonawca z tytułu zdarzenia, które zajdzie w okresie karencji wypłaci świadczenie, ale w wysokości nie wyższej, niż była określona w dotychczasowej umowie.
- b) Jeżeli Ubezpieczony był objęty dotychczasową umową w zakresie danego świadczenia przez okres krótszy niż okres karencji u Wykonawcy, to
- przez okres będący różnicą karencji i okresu podlegania dotychczasowej ochronie ubezpieczeniowej w zakresie danego świadczenia odpowiedzialność Wykonawcy jest wyłączona (za wyjątkiem następstw nieszczęśliwych wypadków),
 - przez pozostały czas okresu karencji za zdarzenia ubezpieczeniowe, które zajdą w tym czasie Wykonawca wypłaci świadczenie, ale w wysokości nie wyższej, niż była określona w dotychczasowej umowie.

5. Dla osób, które przystąpią do ubezpieczenia po upływie trzech miesięcy od daty wprowadzenia ubezpieczenia lub po upływie trzech miesięcy od daty uzyskania uprawnienia do przystąpienia do ubezpieczenia, będą obowiązywały okresy karencji nie dłuższe niż podane poniżej w Tabeli nr 1.

Tabela 1. Maksymalne okresy karencji

Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Długość karencji
Śmierć ubezpieczonego	6 miesięcy
Śmierć ubezpieczonego na skutek udaru lub zawału serca	6 miesięcy
Trwały uszczerbek ubezpieczonego na zdrowiu na skutek udaru lub zawału serca	6 miesięcy
Trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji na skutek choroby	6 miesięcy
Poważne zachorowanie ubezpieczonego	3 miesiące
Operacje chirurgiczne	6 miesięcy
Pobyt ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby	1 miesiąc
Pobyt ubezpieczonego w szpitalu w następstwie udaru lub zawału serca	1 miesiąc
Pobyt Ubezpieczonego na OIOM w następstwie choroby	1 miesiąc
Śmierć małżonka lub partnera	6 miesięcy
Śmierć dziecka	6 miesięcy
Osierocenie dziecka	6 miesięcy
Śmierć rodziców ubezpieczonego	6 miesięcy
Śmierć rodziców małżonka lub partnera	6 miesięcy
Urodzenie dziecka	9 miesięcy
Urodzenie martwego dziecka	6 miesięcy
Leczenie specjalistyczne	3 miesiące

XII. DOPUSZCZALNE WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI WYKONAWCY

Inne niż niżej wymienione wyłączenia odpowiedzialności nie będą miały zastosowania.

1. Odpowiedzialność Wykonawcy w okresie karencji

Odpowiedzialność Wykonawcy w okresie karencji w przypadku wszystkich świadczeń ograniczona jest wyłącznie do zdarzeń spowodowanych następstwami nieszczęśliwego wypadku.

2. Śmierć ubezpieczonego

Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności w przypadku śmierci ubezpieczonego w wyniku:

- a) działań wojennych,
- b) czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
- c) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- d) samobójstwa w okresie pierwszych 6 miesięcy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem, iż osobom dotychczas ubezpieczonym Wykonawca zaliczy do okresu wyłączenia odpowiedzialności z tytułu śmierci samobójczej staż ubezpieczenia w ramach poprzedniej umowy grupowego ubezpieczenia na życie, którą ubezpieczony był objęty, z zastrzeżeniem konieczności zachowania ciągłości ubezpieczenia i ograniczeniem przez okres pierwszych 6 miesięcy ubezpieczenia wysokości świadczenia do kwoty nie wyższej, niż była określona w poprzedniej umowie z tytułu śmierci osoby ubezpieczonej.

3. Śmierć ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności w przypadku śmierci ubezpieczonego w wyniku:

- a) Zdarzeń wymienionych w ust. 2;
- b) Wypadku komunikacyjnego, gdy prowadził on pojazd będąc w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, o ile okoliczności te miały wpływ na zajście zdarzenia;
- c) Wypadku komunikacyjnego, gdy ubezpieczony prowadził pojazd nie mając uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, określonych w stosownych przepisach prawa, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia;
- d) Wypadku komunikacyjnego, gdy ubezpieczony prowadził pojazd, który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania (jeżeli badania te lub dopuszczenie jest wymagane stosowanymi przepisami prawa), o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia;
- e) Wypadku lotniczego, z wyłączeniem przypadku, gdy Ubezpieczony podróżował jako pasażer samolotu licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,
- f) Gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku;
- g) Samookaleczenia, usiłowania popełnienia albo popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa;
- h) Bezpośrednio w wyniku zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych bez względu na zastosowaną dawkę;
- i) W wyniku uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;

- j) Udziału ubezpieczonego w profesjonalnych zawodach sportowych lub nie amatorskim uprawianiem sportów wysokiego ryzyka.
4. *Śmierć ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego*
- Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności w przypadku śmierci ubezpieczonego w wyniku:
- a) zdarzeń wymienionych w ust. 3;
 - b) wypadków dotyczących kolejowego transportu wewnątrzzakładowego oraz transportu linowego i linowo-terenowego.
5. *Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy*
- Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności w przypadku śmierci ubezpieczonego w wyniku :
- c) Zdarzeń wymienionych w ust. 3;
 - d) Gdy ubezpieczony wykonywał pracę w warunkach niezgodnych z przepisami bezpieczeństwa pracy tj. bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa.
6. *Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy*
- Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności w przypadku śmierci ubezpieczonego w wyniku zdarzeń wymienionych w ust. 4 i 5;
7. *Śmierć ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu*
- Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności w przypadkach wyłączenia odpowiedzialności z tytułu śmierci ubezpieczonego wymienionych w ust. 2
8. W przypadku śmierci, trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego oraz trwałej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku nie jest dopuszczalne ograniczenie odpowiedzialności Wykonawcy za zdarzenia, które nastąpiły w wyniku choroby lub zaburzenia psychicznego, ataku konwulsji, drgawek lub padaczki, zaburzenia zachowania, omdlenia, utraty przytomności.
9. *Trwały uszczerbek ubezpieczonego na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku.*
- Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności w przypadkach wyłączenia odpowiedzialności z tytułu śmierci ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wymienionych w ust. 3
10. *Trwały uszczerbek ubezpieczonego na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu.*
- Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności w przypadku wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu u ubezpieczonego spowodowanych zdarzeniami wymienionymi w ust. 2
11. *Poważne zachorowanie ubezpieczonego*
- a) Odpowiedzialność Wykonawcy nie obejmuje poważnego zachorowania, którego przyczyna została zdiagnozowana lub wystąpiła u ubezpieczonego przed początkiem okresu ubezpieczenia w ramach wcześniejszych programów grupowego ubezpieczenia funkcjonujących w NIK lub przed początkiem odpowiedzialności Wykonawcy. W przypadku gdy przyczyna zachorowania (choroba, nieszczęśliwy wypadek) miała miejsce przed początkiem odpowiedzialności Wykonawcy, Wykonawca przyjmuje odpowiedzialność pod warunkiem, że ubezpieczony był wcześniej objęty ubezpieczeniem i zachowana jest ciągłość ubezpieczenia.
 - b) Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za poważne zachorowania powstałe w następstwie zdarzeń wymienionych w ustępie 2.
 - c) Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za poważne zachorowania powstałe w wyniku nieszczęśliwego wypadku który wydarzył się z przyczyn wymienionych w ustępie 3.

12. *Leczenie specjalistyczne ubezpieczonego*

- a) Odpowiedzialność Wykonawcy nie obejmuje specjalistycznego leczenia, które rozpoczęło się przed początkiem odpowiedzialności Wykonawcy.
- b) Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za leczenie specjalistyczne spowodowane następstwem zdarzeń wymienionych w ustępie 2.
- c) Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za leczenie specjalistyczne spowodowane następstwami nieszczęśliwego wypadku który wydarzył się z przyczyn wymienionych w ustępie 3.

13. *Operacja chirurgiczna.*

- a) Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Operacja chirurgiczna miała miejsce na skutek okoliczności, o których mowa w ustępie 2 i 3.
- b) Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Operacja chirurgiczna ubezpieczonego miała miejsce w następstwie lub w związku z:
 - leczeniem przeprowadzonym w klinice medycyny naturalnej,
 - leczeniem lub Operacjami chirurgicznymi, które nie są medyczną koniecznością,
 - leczeniem lub zabiegami leczniczymi innymi niż Operacja chirurgiczna.
- c) Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności, z tytułu przejścia przez Ubezpieczonego operacji chirurgicznej:
 - w której ubezpieczony był dawcą organów lub narządów;
 - kosmetycznej lub plastycznej, z wyjątkiem operacji chirurgicznej niezbędnej do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Wykonawcy lub poprzednich Ubezpieczycieli NIK;
 - przeprowadzonej w celu antykoncepcyjnym;
 - zmiany płci;
 - implantowania zębów;
 - wykonanej w celach diagnostycznych
 - stomatologicznej, z wyjątkiem operacji chirurgicznej niezbędnej do usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy;
 - związanej z usunięciem ciała obcego metodą endoskopową;
 - związanej z wymianą wszczepionego na stałe urządzenia, sztucznego narządu lub części sztucznego narządu.

14. *Pobyt ubezpieczonego w szpitalu (w następstwie: choroby, zawału lub udaru, NW, NW komunikacyjnego, NW przy pracy, NW komunikacyjnego przy pracy), pobyt na OIOM, rekonwalescencja po pobycie w szpitalu, ryczałt na leki.*

- a) Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w szpitalu miał miejsce w:
 - szpitalu psychiatrycznym,
 - szpitalu, domu opieki, ośrodku, oddziale lub innej jednostce, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń

psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwic i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,

- szpitalu, ośrodka, oddziale lub innej jednostce: sanatoryjnej, prewencyjnej, uzdrowiskowej,
 - hospicjum,
 - domu opieki
 - ośrodka wypoczynkowym,
 - szpitalu, ośrodka, oddziale lub innej jednostce leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych.
- b) Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu miał miejsce na skutek okoliczności, o których mowa w ust. 2 i 3.
- c) Wykonawca nie ponosi również odpowiedzialności jeżeli Pobyt w Szpitalu miał miejsce w następstwie lub w związku z:
- koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Osoby ubezpieczonej,
 - wykonywaniem badań lekarskich, badań dawców narządów (z wyjątkiem pobytów związanych bezpośrednio z pobraniem narządu),
 - koniecznością przeprowadzenia operacji plastycznej lub zabiegu kosmetycznego, za wyjątkiem przypadków, gdy miały one na celu usunięcie skutków Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy lub okresie odpowiedzialności dotychczasowych Ubezpieczycieli,
 - zakażeniem wirusem HIV lub chorobą AIDS, nie będącym chorobą zawodową,
 - prowadzeniem jakiejkolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego,
 - leczeniem przeprowadzonym w klinice medycyny naturalnej,
 - leczeniem lub operacjami, które nie są medyczną koniecznością,
 - leczeniem lub zabiegami stomatologicznymi, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
 - leczeniem niepłodności,
 - ciążą, jej powikłaniami, poronieniem, usunięciem ciąży, porodem, położeniem z wyjątkiem przypadków, gdy:
 - i. zdiagnozowano ciążę wysokiego ryzyka, lub
 - ii. poród miał przebieg patologiczny, lub
 - iii. nastąpiły komplikacje porodu stanowiące zagrożenie dla zdrowia matki.
 - ze zmianą płci,
 - obserwację na wniosek sądu.

15. *Trwała niezdolność do jakiejkolwiek pracy zarobkowej i samodzielnej egzystencji*

- a) Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności w przypadku niezdolności do jakiejkolwiek pracy i samodzielnej egzystencji powstałej w wyniku zdarzeń wymienionych w ust. 2 i 3.
- b) Odpowiedzialność Wykonawcy nie obejmuje niezdolności do jakiejkolwiek pracy i samodzielnej egzystencji ubezpieczonego będącej następstwem chorób które były zdiagnozowane u ubezpieczonego przed początkiem odpowiedzialności Wykonawcy.

16. *Śmierć małżonka lub partnera*

- a) Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności w przypadku śmierci małżonka lub partnera w wyniku zdarzeń wymienionych w ustępie 2.1 – 2.3 .
- b) Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności jeżeli śmierć Małżonka nastąpiła w dniu śmierci ubezpieczonego.

17. *Śmierć małżonka lub partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku*

- a) Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności w przypadku śmierci małżonka lub partnera w wyniku zdarzeń wymienionych w ustępie 2 i ustępie 3.
- b) Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności jeżeli śmierć Małżonka nastąpiła w dniu śmierci ubezpieczonego.

18. *Śmierć dziecka*

- a) Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności w przypadku śmierci dziecka w wyniku zdarzeń wymienionych w ustępie 2.1 – 2.3 .
- b) Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności jeżeli śmierć dziecka nastąpiła w dniu śmierci ubezpieczonego.

19. *Osierocenie dziecka*

Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności w przypadkach wyłączenia odpowiedzialności z tytułu śmierci ubezpieczonego.

20. *Śmierć rodziców ubezpieczonego lub rodziców małżonka/partnera*

- a) Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności w przypadku śmierci rodzica lub rodzica małżonka/partnera nastąpiła w wyniku zdarzeń wymienionych w ustępie 2.1 – 2.3 .
- b) Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności jeżeli śmierć śmierci rodzica lub rodzica małżonka/partnera nastąpiła w dniu śmierci ubezpieczonego.

XIII. UMOWA UBEZPIECZENIA

- 1. Umowa będzie zawarta na okres 24 miesięcy.
- 2. Możliwe będzie wydłużenie czasu trwania umowy o dodatkowe 4 miesiące zgodnie z prawem opcji.
- 3. Polisy ubezpieczenia mogą zostać wystawione przez Wykonawcę na okresy roczne.
- 4. W umowie zostaną uregulowane warunki i zakres ubezpieczenia wynikające z zapisów SIWZ oraz ze złożonej oferty.
- 5. W przypadku rozbieżności pomiędzy zapisami umowy ubezpieczenia, a ogólnymi warunkami ubezpieczenia Wykonawcy pierwszeństwo mają zapisy umowy ubezpieczenia, chyba że dany zapis ogólnych warunków ubezpieczenia jest korzystniejszy dla Zamawiającego lub Ubezpieczonych.
- 6. Wykonawca zapewni niezmiennność warunków ubezpieczenia (m.in. wysokość składki, zakres i wysokość świadczeń) na czas trwania umowy, z zastrzeżeniem wymaganego poziomu partycypacji.
- 7. Zaproponowane przez wybranego Wykonawcę w ofercie warunki ubezpieczenia będą obowiązujące o ile przynajmniej 50% pracowników Zamawiającego zdecyduje się na przystąpienie do ubezpieczenia w okresie pierwszych 3 miesięcy od daty wprowadzenia ubezpieczenia.
- 8. Jeżeli wymagany poziom partycypacji w ubezpieczeniu nie zostanie osiągnięty w okresie 3 miesięcy od daty wprowadzenia ubezpieczenia, Wykonawca będzie miał prawo po tym okresie zaproponować zmianę warunków ubezpieczenia w formie zmiany wysokości świadczeń lub zmiany składki. Zamawiający może zaakceptować zaproponowaną zmianę warunków ubezpieczenia lub rozwiązać umowę ubezpieczenia z

zastosowaniem 3 miesięcznego okresu wypowiedzenia. W okresie wypowiedzenia, obowiązywać będą niezmienione warunki oferty wyłonionej w ramach przetargu.

9. Aktualizacja listy ubezpieczonych nie będzie traktowana jako zmiana umowy ubezpieczenia i nie będzie wymagała potwierdzania aneksem do umowy.

XIV. OBSŁUGA UBEZPIECZENIA

1. Wykonawca wyznaczy 2 osoby realizujące przedmiot zamówienia, które będą reprezentować Wykonawcę w godzinach urzędowania Zamawiającego (9 - 15) w dni robocze. Ilekroć w SIWZ jest mowa o „dniach roboczych”, należy przez to rozumieć dni: od poniedziałku do piątku, za wyłączeniem dni przypadających w dni wolne od pracy określone w art. 1 ustawy z dnia 18 stycznia 1951 r. o dniach wolnych od pracy (Dz. U. z 2015 r., poz. 90).
2. Koszty obsługi administracyjnej ubezpieczenia i koszty czynności brokerskich pokryje Wykonawca w łącznej wysokości stanowiącej równowartość 15% inkasa składki przez cały okres trwania umowy – wartość brutto.
3. Wykonawca zapewni ubezpieczonym i uprawnionym, bez dodatkowych kosztów możliwość zgłaszania roszczeń (składania wniosków o świadczenie) w formie elektronicznej, tj. za pośrednictwem dedykowanej aplikacji lub przesyłania skanu dokumentów mailem lub faxem.
4. Wykonawca będzie przekazywał szczegółową informację o przebiegu ubezpieczenia za pośrednictwem Brokera w półrocznych okresach ubezpieczenia – narastająco (kolejna informacja powinna zawierać w sobie także poprzednie okresy). Informacja ta powinna zawierać przynajmniej rodzaj i numer roszczenia oraz kwotę wypłaconego świadczenia, a w przypadku odmowy wypłaty świadczenia – opis podstawy odmowy, pozwalający na jednoznaczne stwierdzenie o zasadności decyzji.
5. Wykonawca zapewni możliwość dokonywania cesji z ubezpieczenia grupowego na rzecz wskazanych przez ubezpieczonego podmiotów, np. banków.

XV. PRAWO OPCJI

Zamawiający zastrzega sobie prawo opcji polegające na wydłużeniu czasu trwania umowy o dodatkowe 4 miesiące na niezmienionych warunkach (m.in. wysokość składki, zakres i wysokość świadczeń). Wykonawca nie może odmówić, o ile Zamawiający złoży oświadczenie o skorzystaniu z prawa opcji nie później niż 14 dni przed końcem trwania umowy.