

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

W niniejszym Załączniku opisano zakres i warunki **minimalne**. Złożenie oferty zawierającej zapisy dotyczące wprowadzenia warunku zmieniającego zakres niepodlegający zmianom **spowoduje odrzucenie oferty**.

W opisie zawarto również warunki **fakultatywne**, których zastosowanie w ofercie podlegać będzie ocenie. Każda oferta w pełni odpowiadająca opisowi przedmiotu zamówienia otrzyma maksymalną ocenę w kryterium „Zakres ubezpieczenia”.

1. Podstawowe dane:

Liczba zatrudnionych: 243

Liczba ubezpieczonych: 243 osób, w tym pracowników: 189

Liczba współubezpieczonych (współmałżonkowie, pełnoletnie dzieci, partnerzy życiowi): 52

Struktura wiekowo – płciowa: Załącznik nr 5 do SIWZ

2. Przedmiot ubezpieczenia:

Zamawiający informuje, iż w poprzednich latach, średniorocznie z ubezpieczenia korzystało 241 osób z zastrzeżeniem, że Zamawiający nie gwarantuje Wykonawcy, że taka sama lub podobna liczba osób przystąpi do ubezpieczenia objętego przedmiotem zamówienia. Stąd Wykonawca winien we własnym zakresie oszacować, ile osób przystąpi do ubezpieczenia z zastrzeżeniem, że Umowa z Wykonawcą przewidywać będzie uprawnienie Zamawiającego, jak również Wykonawcy do odstąpienia od Umowy w sytuacji, w której liczba osób zainteresowanych przystąpieniem do ubezpieczenia będzie mniejsza niż 127 osób; odstąpienie z tej przyczyny winno nastąpić w terminie do 14 dni od dnia stwierdzenia podstawy. Po wyłonieniu Wykonawcy, zawarciu umowy, oraz po przeprowadzanej ankiecie wśród zainteresowanych osób, przystąpieniem do ubezpieczenia i zebraniu minimalnej wymaganej liczby osób deklarujących chęć przystąpienia do ubezpieczenia, nastąpi podpisywanie przez poszczególne osoby indywidualnych deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia. Maksymalna liczba osób, które mogą przystąpić do grupowego ubezpieczenia na życie może wynieść 254 (łącznie z członkami rodzin pracowników).

1. Uprawnieni do ubezpieczenia

Do ubezpieczenia będą mieli prawo przystąpić pracownicy Zamawiającego oraz członkowie ich rodzin, którzy w dniu składania deklaracji przystąpienia ukończyli 18 rok życia i nie ukończyli 69 roku życia.

Prawo przystąpienia do ubezpieczenia przysługuje również pracownikom i członkom rodzin pracowników, którzy byli objęci ubezpieczeniem grupowym funkcjonującym u Zamawiającego, a którzy w dacie podpisania deklaracji zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową udzieloną w drodze niniejszego postępowania przetargowego, przebywali na urlopie bezpłatnym, urlopie macierzyńskim, urlopie wychowawczym, zwolnieniu lekarskim, w szpitalu lub mają orzeczoną trwałą niezdolność do pracy/ służby przez właściwy organ rentowy.

2. Wymaga się zapewnienia ochrony ubezpieczeniowej w pełnym zakresie oferty przez cały okres trwania umowy ubezpieczenia w stosunku do wszystkich ubezpieczonych – wysokość świadczeń ubezpieczeniowych, składki oraz zakres ubezpieczenia nie zmienia się.

W stosunku do Pracowników Zamawiającego, Wykonawca zapewni odpowiedzialność bez względu na wiek Pracownika, przez cały okres trwania umowy zawartej z Wykonawcą.

W stosunku do członków rodzin Pracowników Zamawiającego, Wykonawca ma prawo wraz z ukończeniem przez członka rodziny 70 roku życia (przy czym odpowiedzialność trwa do końca roku kalendarzowego, w której członek rodziny osiągnął powyższy wiek), zaproponować przejście na indywidualną kontynuację (minimalny zakres został określony w pkt 2.15 Załącznika nr 4 do SIWZ).

3. Ubezpieczyciel uzna swoją odpowiedzialność za skutki stanów chorobowych oraz wypadków, które zostały stwierdzone/zaszły przed początkiem odpowiedzialności Wykonawcy, a których skutki ujawniły się po rozpoczęciu odpowiedzialności Wykonawcy pod warunkiem, że Pracownik lub członek rodziny był ubezpieczony w ramach ubezpieczenia grupowego bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia – zniesienie pre-existingu. Zniesienie pre-extingu dotyczy następujących ryzyk ubezpieczeniowych:

- zgonu ubezpieczonego
- zgon ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy,
- zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego,
- zgon ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu
- zgonu małżonka
- zgonu małżonka ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- poważne zachorowania,
- pobyt w szpitalu,
- leczenie specjalistyczne,
- rekonwalescencja,
- operacje chirurgiczne.

4. Wykonawca nie będzie żądał od dotychczas ubezpieczonych i nieubezpieczonych pracowników oraz członków rodzin pracowników ankiet i kwestionariuszy medycznych w trakcie pierwszych 3 miesięcy od daty zawarcia ubezpieczenia przy przystąpieniu do ubezpieczenia.

5. Do okresu wyłączenia odpowiedzialności z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku samobójstwa Wykonawca zaliczy staż ubezpieczonego z poprzedniej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem zachowania ciągłości ubezpieczenia przez Ubezpieczonego.

6. **Pracownik** – to osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, lub innej umowy cywilnoprawnej w szczególności umowy – zlecenia, umowy o dzieło, której przedmiotem jest świadczenie pracy na rzecz Zamawiającego.

7. Członek rodziny:

małżonek– osoba pozostająca z ubezpieczonym w związku małżeńskim, w stosunku do której nie orzeczono separacji zgodnie z obowiązującymi przepisami, a jeżeli Ubezpieczony nie ma małżonka – **partner życiowy** – rozumiany jako wskazana w deklaracji przystąpienia ubezpieczonego podstawowa osoba nie będąca w formalnym związku małżeńskim, pozostająca z ubezpieczonym podstawowym - również nie będącym w formalnym związku małżeńskim - we wspólnym pożyciu; partner życiowy nie może być spokrewniony z ubezpieczonym podstawowym. Ubezpieczony podstawowy może wskazać partnera życiowego wyłącznie raz w danym roku polisowym. Wskazanie partnera życiowego obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym dokonano wskazania. Partner życiowy może przystąpić do ubezpieczenia (na tych samych warunkach i z tą samą wysokością składki, co pracownik), pracownik może wskazać w deklaracji przystąpienia partnera życiowego i w przypadku jego zgonu jest on traktowany tak, jak współmałżonek, zaś w przypadku zgonu rodziców partnera życiowego są oni traktowani tak, jak teściowie.

pełnoletnie dziecko ubezpieczonego – dziecko własne, a także przysposobione (w pełni lub częściowo) które ukończyło 18 rok życia.

8. Dziecko, w rozumieniu ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek **osierocenia dziecka** oznacza – dziecko ubezpieczonego (własne, a także przysposobione lub pasierb – jeżeli nie żyje ojciec lub matka) w wieku do 18 lat, a w razie uczęszczania do szkoły w wieku do 25 lat lub bez względu na wiek w razie jego całkowitej niezdolności do pracy

9. Dziecko, w rozumieniu ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek **śmierci dziecka** oznacza - dziecko ubezpieczonego (własne, a także przysposobione lub pasierb – jeżeli nie żyje ojciec lub matka) w wieku do 25 lat.

10. Dziecko, w rozumieniu ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek **urodzenia dziecka** oznacza- urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Kwota świadczenia należna jest za każde urodzone dziecko w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Za urodzenie dziecka uważa się także całkowite nierozwiązywalne przysposobienie przez Ubezpieczonego dziecka w wieku do lat 3 o ile przysposobienie to zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu wydanym w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.

11. Prawo przystąpienia do ubezpieczenia na warunkach zaproponowanych przez Wykonawcę dla pracowników winni mieć członkowie rodziny przystępującego do ubezpieczenia Pracownika. Oferta dla członka rodziny musi zakładać identyczny zakres odpowiedzialności oraz wysokość składki ubezpieczeniowej jakie posiada pracownik. Składka ubezpieczeniowa za członków rodziny pracownika będzie opłacana z wynagrodzenia netto pracownika. Składka łączna będzie przekazywana przez Zamawiającego na wskazane przez Wykonawcę konto bankowe.

12. Przyjmuje się, że w stosunku do zakresu ubezpieczenia i definicji poszczególnych ryzyk mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia danego wykonawcy. Wyjątek od tej zasady stanowi nadrzędność zapisów niniejszego załącznika. Zamawiający akceptuje odmienną treść definicji lub zakresów odpowiedzialności, o ile nie zawęży lub ogranicza (np. wprowadza limity) lub jest sprzeczna z zakresem ochrony i uprawnień ubezpieczonych w stosunku do założeń niniejszego załącznika. Ponadto w sytuacji, w której standardowe ogólne warunki ubezpieczenia danego wykonawcy przewidują szerszą odpowiedzialność (odpowiednio – definicję zdarzeń, zakres odpowiedzialności, itp.) wykonawcy, wówczas wykonawca nie jest uprawniony do wyłączenia lub innego ograniczenia treści/stosowania takich zapisów ogólnych warunków ubezpieczenia w ofercie i zastosowanie znajdują zapisy przewidujące szersze reguły odpowiedzialności na korzyść ubezpieczonego (uposażonego, itp.).

13. Karencje dla Pracowników:

- w stosunku do osób będących Pracownikami w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, które przystąpią do ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, wymaga się zniesienia okresów karencji w pełnym zakresie oferty;
- wymaga się zniesienia okresów karencji w pełnym zakresie oferty, również w stosunku do osób zatrudnionych w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, które przystąpią do ubezpieczenia grupowego w okresie 3 miesięcy od daty zatrudnienia;
- w pozostałych przypadkach zastosowanie mają zapisy OWU dotyczące okresów karencji, z wyłączeniem ryzyk związanych z następstwami nieszczęśliwych wypadków (obowiązuje pełne zniesienie karencji na zdarzenia będące następstwem NW).

14. Karencje dla członków rodzin Pracowników w tym partnerów:

- Zamawiający wymaga, aby w stosunku do członków rodzin pracownika, którzy przystąpią do ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, nie miały zastosowania okresy karencji w pełnym zakresie oferty.
- Zamawiający wymaga zniesienia okresów karencji w pełnym zakresie oferty również w stosunku do członków rodziny, którzy przystąpią do ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia w okresie 3 miesięcy od daty zatrudnienia pracownika, od daty zawarcia związku małżeńskiego oraz ukończenia przez dziecko 18-go roku życia;
- w pozostałych przypadkach zastosowanie mają zapisy OWU dotyczące okresów karencji, z wyłączeniem ryzyk związanych z następstwami nieszczęśliwych wypadków (obowiązuje pełne zniesienie karencji na zdarzenia będące następstwem NW).

15. Indywidualna kontynuacja - Zamawiający wymaga zagwarantowania dożywotniej indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia dla Ubezpieczonego, bez względu na wiek, po ustaniu stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym oraz w okresie korzystania z urlopu wychowawczego lub bezpłatnego jak również w stosunku do Ubezpieczonego, który odbywa służbę wojskową. W każdym z wymienionych przypadków prawo do indywidualnej kontynuacji przysługuje Ubezpieczonemu, za którego przekazano składkę za okres co najmniej 3 miesięcy. Natomiast w przypadku ustania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym z powodu reorganizacji lub likwidacji bez względu na okres przekazywania. Do tego okresu zaliczany będzie również staż u poprzedniego ubezpieczyciela – pod warunkiem, że została zachowana ciągłość ubezpieczenia. Nie dopuszcza się uzależniania przyznania prawa do indywidualnej kontynuacji od stanu zdrowia Ubezpieczonego.

Minimalny zakres indywidualnej kontynuacji to:

- Śmierć ubezpieczonego – 100%
- Śmierć ubezpieczonego wskutek NW – 200%

Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek NW – 1%

Śmierć małżonka – 50%

Śmierć dziecka – 30%

Urodzenie dziecka – 10%

Śmierć rodziców lub teściów – 20%

Osierocenie dziecka przez ubezpieczonego – 40%

Minimalna suma ubezpieczenia wynosi 8 000 zł. Stopa składki wynosi max 7 zł od 1000 zł sumy ubezpieczenia. Jeżeli OWU Wykonawcy na dzień składania ofert zawiera szerszy zakres ochrony niż wynika to z SIWZ, Wykonawca może zaoferować ten zakres, przy utrzymaniu podanej max wysokości stopy składki.

16. Leczenie szpitalne – w znaczeniu nie węższym jak: świadczenie wypłacane w przypadku trwającego nieprzerwalnie dłużej niż **dwadzieścia dni** pobytu ubezpieczonego w szpitalu z innej przyczyny niż na skutek nieszczęśliwego wypadku i od **pierwszego dnia** pobytu na skutek nieszczęśliwego wypadku; liczba dni pobytu w szpitalu, za który Wykonawca ponosi odpowiedzialność nie może być mniejsza niż 90 dni w roku polisowym, bez ograniczania w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej liczby pobytów w szpitalu. Wymaga się aby podwyższona kwota dziennego świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego: nieszczęśliwym wypadkiem, nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym, nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy, nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym przy pracy, zawałem serca lub udarem mózgu, należała być za minimum 14 pierwszych dni pobytu w szpitalu.

W przypadku expiracji umów ubezpieczenia i zmianą Wykonawcy, do ustalenia odpowiedzialności Wykonawca zaliczy okres pobytu w szpitalu przed początkiem nowej ochrony zawartej w wyniku postępowania przetargowego. Dopuszczalne wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności. Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności z tytułu pobytu w szpitalu, który powstał w związku z:

- 1) rozpoznaniem u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
- 2) operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, z wyjątkiem: operacji oszczędności i okaleczeń powstałych wskutek wypadku,
- 3) ciążą, porodem, poronieniem, poronieniem samoistnym lub sztucznym - z wyłączeniem przypadków ciąży wysokiego ryzyka, powikłaniami ciąży oraz komplikacjami porodu,
- 4) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 5) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniami lub popełnieniem przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego,
- 6) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
- 7) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 8) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
- 9) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
- 10) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
 - a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
 - b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu, chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 11) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
- 12) pozostawianiem ubezpieczonego w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo - leczniczym,
- 13) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

14) w wyniku prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu będąc w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, o ile okoliczności o których mowa miały wpływ na zajście zdarzenia

15) w związku z leczeniem i zabiegami stomatologicznymi, chyba że wynikają one z konieczności leczenia obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku,

16) w związku z wykonywaniem badań lekarskich, dodatkowych badań medycznych służących ustaleniu istnienia choroby zawodowej, badań diagnostycznych nie wynikających z zachorowania, badań dawców narządów (z wyjątkiem pobytów związanych bezpośrednio z pobraniem narządu) oraz obserwacji na wniosek sądu,

17) w wyniku leczenia niepłodności,

18) w związku z rehabilitacją, z wyjątkiem pierwszego pobytu w szpitalu w celu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, pod warunkiem, że pobyt ten rozpoczął się nie później niż 6 miesięcy po zakończeniu objętego odpowiedzialnością Wykonawcy po-bytu ubezpieczonego w szpitalu, związanego – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą,

19) w wyniku uprawiania sportu w celach zarobkowych (profesjonalne uprawianie sportu) oraz w wyniku uprawiania skoków do wody.

17. Pobyt na OIOM/OIT - świadczenie powinno obejmować pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na skutek choroby lub wypadku, w wyodrębnionym organizacyjnie jako osobny oddział w strukturach szpitala, wyposażonym w sprzęt umożliwiający stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych oraz podjęcie czynności zastępczych w przypadku niewydolności narządów lub układów ustroju, trwający nieprzerwanie co najmniej 2 doby - świadczenie jednorazowe.

18. Rekonwalescencja- (w tym również rehabilitacja poszpitalna) – trwający nieprzerwanie, maksymalnie 30 dni, bezpośrednio po pobycie w szpitalu trwającym co najmniej 14 dni i kończącym się w trakcie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym przez oddział szpitalny, w którym odbyło się leczenie szpitalne (dotyczy: ubezpieczenia leczenia w szpitalu Ubezpieczonego w związku z: chorobą, zawałem serca lub udarem mózgu, doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku)

19. Zawał serca. Za zawał serca uważa się martwicę części mięśnia sercowego wywołaną nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, z współistniejącymi z wymienionymi niżej klinicznymi wykładnikami niedokrwienia mięśnia sercowego:

1) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,

2) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.

20. Udar mózgu. Za udar mózgu uważa się martwicę tkanki mózgowej wywołaną przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:

1) wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,

2) obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,

3) obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone).

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

1) wszelkie epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA, RIND),

2) zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,

3) wtórne krwotoki do istniejących ognisk poudarowych,

- 4) jakiegokolwiek zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom utrwalonym objawom klinicznym,
- 5) symptomy spowodowane migreną,
- 6) choroby naczyń wpływające na wzrok lub nerw wzrokowy lub system równowagi,
- 7) niedokrwienie spowodowane niewydolnością kręgowo-podstawną (objawy niewydolności kręgowo-podstawnej).

21. Operacje chirurgiczne – Wykonawca ponosi odpowiedzialność za operacje chirurgiczne wykonywane metodą endoskopową, zamkniętą oraz otwartą wymienione w katalogu operacji chirurgicznych (prosimy o załączenie w ofercie katalogu operacji chirurgicznych), wykonane w placówce medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przez lekarza o specjalności zabiegowej, w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, niezbędnym z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu, w czasie trwania odpowiedzialności w stosunku do danego ubezpieczonego. Liczba kategorii/klas, operacji, zgodna z obowiązującymi w dniu składania oferty OWU Wykonawcy, z zastrzeżeniem iż za operacje najłżejsze (najmniej skomplikowane pod względem medycznym) wypłata świadczenia będzie wynosić nie mniej niż 10% sumy ubezpieczenia. Wykaz operacji powinien zawierać minimum 500 operacji (dopuszcza się zastosowanie w ubezpieczeniu na wypadek operacji chirurgicznych zastosowanie otwartego katalogu operacji zgodnego z Międzynarodową Klasyfikacją Procedur Medycznych ICD9).

Świadczenie z tytułu operacji chirurgicznych należne jest za sam fakt przeprowadzenia operacji, bez względu czy operacja jest wynikiem wcześniej podjętego leczenia lub zachorowania czy nieszczęśliwego wypadku bądź reoperacji. W przypadku gdy operacja chirurgiczna, której został poddany ubezpieczony nie znajduje się w katalogu, Wykonawca decyduje, do której kategorii zostanie przypisane dane zdarzenie.

22. Leczenie specjalistyczne – Wykonawca wypłaci ubezpieczonemu świadczenie w określonej w tabeli świadczeń kwocie, w przypadku przeprowadzenia u ubezpieczonego leczenia specjalistycznego. Świadczenie wypłacane jest niezależnie od świadczenia z tytułu ciężkiej choroby ubezpieczonego. Świadczenie z tytułu leczenia specjalistycznego należne jest za sam fakt zastosowania leczenia w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, bez względu czy jest wynikiem wcześniej podjętego leczenia szpitalnego, zdiagnozowanego zachorowania czy nieszczęśliwego wypadku. W przypadku konieczności przeprowadzenia u ubezpieczonego więcej niż jednego specjalistycznego zabiegu, Wykonawca wypłaci świadczenie za każdy z przeprowadzonych zabiegów. W przypadku wypłacenia przez Wykonawcę świadczenia z tytułu danego specjalistycznego leczenia odpowiedzialność Wykonawcy wygaśnie w zakresie tego specjalistycznego leczenia. Zakres leczenia specjalistycznego – zgodnie z obowiązującymi OWU Wykonawcy na dzień składania ofert, jednak ilość procedur medycznych nie powinna być węższa niż: ablacja, wszczepienie kardiowertera/defibrylatora, wszczepienie rozrusznika serca, chemioterapia lub radioterapia (w przypadku przeprowadzenia u ubezpieczonego chemioterapii i radioterapii Wykonawca wypłaca tylko jedno świadczenie), terapia interferonowa.

23. Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – oznacza wywołane przyczyną zewnętrzną trwałe, nie rokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji.

24. Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny- określenie to rozumiane jest jako nagłe, gwałtowne i niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego nastąpiło zdarzenie objęte ochroną wywołane:

1) ruchem pojazdów na drodze, w którym ubezpieczony brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca, z tym że „pojazd”, „droga”, „uczestnik ruchu” i „kierowca” rozumiane są zgodnie ze znaczeniem nadanym przez obowiązujące przepisy prawa o ruchu drogowym. Definicja ta obejmuje swym zakresem między innymi takie pojazdy silnikowe jak: motocykle, motorowery, wózki widłowe i inne pojazdy jednośladowe.

2) ruchem pojazdu kolejowego ciągniętego przez pojazd trakcyjny, w którym ubezpieczony brał udział jako pasażer albo członek załogi tego pojazdu, z tym że:

- pojazd kolejowy oznacza pojazd dostosowany do poruszania się na własnych kołach po torach kolejowych,
- pojazd trakcyjny oznacza pojazd kolejowy z napędem własnym, w tym metro,

3) eksploatacją pasażerskiego statku powietrznego koncesjonowanych linii lotniczych, który zaistniał od chwili, gdy jakkolwiek osoba weszła na jego pokład z zamiarem wykonania lotu, do chwili opuszczenia pokładu statku powietrznego przez wszystkie osoby znajdujące się na nim, a statek powietrzny został uszkodzony lub nastąpiło zniszczenie jego konstrukcji albo statek powietrzny zaginął i nie został odnaleziony, a urzędowe jego poszukiwania zostały odwołane lub statek powietrzny znajduje się w miejscu, do którego dostęp nie jest możliwy,

4) ruchem statku, w którym ubezpieczony brał udział jako członek załogi bądź pasażer, a statek zatonął albo został uszkodzony lub nastąpiło zniszczenie jego konstrukcji albo statek zaginął i nie został odnaleziony, a urzędowe jego poszukiwania zostały odwołane lub statek znajduje się w miejscu, do którego dostęp nie jest możliwy.

25. Poważne zachorowania – Wykonawca ponosi odpowiedzialność wobec Ubezpieczonego za każdorazowe wystąpienie (zdiagnozowanie), w okresie odpowiedzialności Wykonawcy poważnego zachorowania, objętego katalogiem chorób, za wyjątkiem sytuacji gdy pomiędzy dwiema (lub więcej) jednostkami chorobowymi zachodzi związek przyczynowo– skutkowy– potwierdzony przez lekarza orzecznika wskazanego przez Wykonawcę w takim przypadku Wykonawca wypłaci świadczenie tylko za jedno poważne zachorowanie.

1) W ofercie Wykonawca powinien przedstawić Katalog jednostek chorobowych, który powinien być zgodny z funkcjonującymi u Wykonawcy OWU w dniu składania oferty. W przypadku stosowania w OWU Wykonawcy innych nazw niż wymienionych w SIWZ stanów chorobowych, oferta powinna zawierać aneks zmieniający nazwy na zgodne z SIWZ.

2) Minimalny katalog poważnych zachorowań nie powinien być mniejszy niż 27 chorób i powinien zawierać co najmniej:

1. NOWOTWÓR (GUZ) ZŁOŚLIWY

Za nowotwór (guz) złośliwy, uważa się nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

1) rak nieinwazyjny, rak przedinwazyjny carcinoma in situ, dysplazja, rak granicznej złośliwości, rak niskiej potencjalnej złośliwości oraz wszelkie zmiany przedrakowe,

2) rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b, T1c) lub odpowiadający mu stopień zaawansowania według innej klasyfikacji,

3) wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka,

4) rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b),

5) przewlekłe białaczki limfatyczne według klasyfikacji Rai w stadium niższym niż 3,

6) wczesne stadium raka pęcherza moczowego z wynikiem badania histopatologicznego T1N0M0 według klasyfikacji TNM,

7) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

Za datę rozpoznania nowotworu uznaje się datę pobrania materiału do badania histopatologicznego.

2. ZAWAŁ SERCA

Za zawał serca uważa się martwicę części mięśnia sercowego wywołaną nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, z współistniejącymi z wymienionymi niżej klinicznymi wykładnikami niedokrwienia mięśnia sercowego:

1) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,

2) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.

3. UDAR MÓZGU

Za udar mózgu uważa się martwicę tkanki mózgowej wywołaną przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia

lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:

1) wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,

- 2) obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
- 3) obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone).

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- 1) wszelkie epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA, RIND),
- 2) zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
- 3) wtórne krwotoki do istniejących ognisk poudarowych,
- 4) jakiegokolwiek zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom utrwalonym objawom klinicznym,
- 5) symptomy spowodowane migreną,
- 6) choroby naczyń wpływające na wzrok lub nerw wzrokowy lub system równowagi,
- 7) niedokrwienie spowodowane niewydolnością kręgowo-podstawną (objawy niewydolności kręgowo-podstawnej).

4. OPERACJA POMOSTOWANIA NACZYŃ WIEŃCOWYCH

Za operację pomostowania naczyń wieńcowych uważa się przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona wskutek zalecenia specjalisty - kardiologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakiegokolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.

5. NIETYDOLNOŚĆ NEREK

Za niewydolność nerek uważa się schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek. Wymagane jest udokumentowanie rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii (data pierwszej dializy) lub przeszczepu nerki (udokumentowanie wpisania na listę biorców).

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są: ostra odwracalna niewydolność nerek, przy której konieczna jest czasowa dializa oraz niewydolność jednej nerki.

6. PRZESZCZEPIANIE NARZĄDÓW

Za przeszczepianie narządów uważa się przeszczepienie osobie ubezpieczonej jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów :

- 1) serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub,
- 2) szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy. Przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.

7. PARALIŻ

Za paraliż uważa się całkowitą i trwałą utratę funkcji dwóch lub więcej kończyn spowodowaną urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu rozpoznaną przez neurologa. Ubezpieczenie obejmuje utratę funkcji kończyn określaną jako diplegia, hemiplegia, tetraplegia lub quadriplegia.

8. UTRATA KOŃCZYN

Za utratę kończyn uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę dwóch lub więcej kończyn spowodowaną zewnętrznym urazem. Ubezpieczenie obejmuje także jednoczesną utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp oraz utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy.

9. UTRATA WZROKU

Za utratę wzroku uważa się całkowitą i nieodwracalną obuoczną utratę wzroku spowodowaną nagłym zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez okulistę. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

10. UTRATA SŁUCHU

Za utratę słuchu uważa się całkowitą i nieodwracalną obuuszłą utratę słuchu spowodowaną nagłym zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi być postawione na podstawie badań audiometrycznych i potwierdzone przez laryngologa. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

11. UTRATA MOWY

Za utratę mowy uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę możliwości mówienia trwającą nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu łańdów głosowych. Wykluczeniem są objęte wszelkie przypadki utraty zdolności mówienia spowodowane schorzeniami psychicznymi. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty mowy możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

12. CIĘŻKIE OPARZENIA

Za ciężkie oparzenia uważa się oparzenie III-go stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała, mierzonego wg Reguły dziewiątek Wallace'a

13. ŁAGODNY NOWOTWÓR MÓZGU

Za łagodny nowotwór mózgu uważa się wewnątrzczaszkowy zagrażający życiu, niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego z dostępu przez trepanację czaszki lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwały ubytek neurologiczny. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: guzy przysadki mózgowej i naczyniaki (angioma).

14. ŚPIĄCZKA

Za śpiączkę uważa się stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin. Dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej oraz śpiączki wynikającej ze spożycia alkoholu i innych substancji odurzających

15. OPERACJA AORTY

Za operację aorty uważa się operację chirurgiczną aorty piersiowej lub brzusznej przeprowadzoną z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty. Ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu wszelkich rodzajów stentów (także stentgraftu) do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty.

16. CHOROBA ALZHEIMERA

Za chorobę Alzheimera uważa się pogorszenie lub utratę czynności intelektualnych spowodowaną nieodwracalnymi zmianami funkcjonowania mózgu. Rozpoznanie musi zostać postawione przez lekarza neurologa w oparciu o dane kliniczne oraz testy i kwestionariusze służące do diagnostyki choroby Alzheimera i demencji. Choroba musi powodować poważne upośledzenie funkcji poznawczych.

Przypadki innych typów demencji nie są objęte ochroną ubezpieczeniową.

17. SCHYŁKOWA NIEWYDOLNOŚĆ WĄTROBY

Za schyłkową niewydolność wątroby uważa się schyłkową postać choroby (marskości) wątroby powodującą co najmniej jeden

z poniższych objawów:

- a) wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
- b) trwała żółtaczka,
- c) żylaki przełyku,
- d) encefalopatia wrotna.

Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są przypadki chorób wątroby powstałych w skutek nadużywania alkoholu, leków itp. środków.

18. OPERACJA ZASTAWEK SERCA

Za operację zastawek serca uważa się przeprowadzoną pierwszorazową operację wymiany jednej lub więcej zastawek serca, wykonaną przy otwartym sercu lub bez otwierania serca, . Operacja musi zostać zalecona przez specjalistę w zakresie kardiologii.

19. STWARDNIENIE ROZSIANE

Za stwardnienie rozsiane uważa się zespół mnogich ubytków neurologicznych wywołanych demielinizacją mózgu lub rdzenia kręgowego, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy. Rozpoznanie musi być ostateczne i postawione przez specjalistę neurologa oraz poprzedzone więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia.

20. CHOROBA PARKINSONA

Za chorobę Parkinsona uważa się jednoznaczną diagnozę choroby Parkinsona postawioną przez specjalistę neurologa w oparciu o określone oznaki postępującego i nieodwracalnego uszkodzenia układu nerwowego, charakteryzującą się niezdolnością ubezpieczonego do wykonywania co najmniej trzech (3) z sześciu (6) opisanych poniżej podstawowych czynności życia codziennego, w sytuacji prowadzenia optymalnego leczenia.

Czynności dnia codziennego:

1. Kąpiel: samodzielne (bez pomocy innych osób) umycie się w wannie lub pod prysznicem (wraz z wejściem i wyjściem z wanny lub spod prysznica) lub umycie się w inny sposób.
2. Ubieranie: samodzielne (bez pomocy innych osób) ubranie i rozebranie się a także zakładanie i zdejmowanie wszelkiego rodzaju protez i aparatów ortopedycznych, jeśli istnieje konieczność ich używania.
3. Jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku.
4. Toaleta: samodzielne (bez pomocy innych osób) korzystanie z toalety bądź takie zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym, aby możliwe było utrzymanie higieny osobistej na satysfakcjonującym poziomie.
5. Poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni.
6. Przemieszczanie się: zdolność do samodzielnego (bez pomocy innych osób) przemieszczenia się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem. Przypadki choroby Parkinsona wywołane lekami lub substancjami toksycznymi nie są objęte ochroną ubezpieczeniową.

21. ANEMIA APLASTYCZNA

Za anemię aplastyczną uważa się przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego powodujące niedokrwistość, neutropenię trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej dwoma z niżej wymienionych sposobów:

- a) przetaczanie preparatów krwiopochodnych,
- b) podawanie preparatów stymulujących szpik,
- c) podawanie preparatów immunosupresyjnych,
- d) przeszczepienie szpiku kostnego.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii.

22. ZAPALENIE MÓZGU

Za zapalenie mózgu uważa się zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, mózdzku) o ciężkim przebiegu, wywołane przez infekcję wirusową i powodujące powstanie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się przez okres co najmniej sześciu tygodni charakteryzującego się niezdolnością ubezpieczonego do wykonywania co najmniej trzech (3) z sześciu (6) opisanych poniżej podstawowych czynności życia codziennego:

1. Kąpiel: samodzielne (bez pomocy innych osób) umycie się w wannie lub pod prysznicem (wraz z wejściem i wyjściem z wanny lub spod prysznica) lub umycie się w inny sposób.
2. Ubieranie: samodzielne (bez pomocy innych osób) ubranie i rozebranie się a także zakładanie i zdejmowanie wszelkiego rodzaju protez i aparatów ortopedycznych, jeśli istnieje konieczność ich używania.
3. Jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku.

4. Toaleta: samodzielne (bez pomocy innych osób) korzystanie z toalety bądź takie zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym, aby możliwe było utrzymanie higieny osobistej na satysfakcjonującym poziomie.
 5. Poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni.
 6. Przemieszczanie się: zdolność do samodzielnego (bez pomocy innych osób) przemieszczenia się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa.
- Zapalenie mózgu wywołane infekcją HIV nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową.

23. SCHYŁKOWA NIEWYDOLNOŚĆ ODDECHOWA

Za schyłkową niewydolność oddechową uważa się schyłkowe stadium choroby płuc powodującej przewlekłą niewydolność oddechową wyrażającą się wszystkimi niżej wymienionymi objawami:

- a) natężona objętość wydechowa jednosekundowa (FEV1) utrzymująca się na poziomie poniżej jednego litra w kolejnych badaniach,
- b) konieczność prowadzenia stałej terapii tlenem ze względu na hipoksemię,
- c) ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętnicznej (PaO₂) równe lub niższe niż 55 mmHg,
- d) duszność spoczynkowa.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza pulmonologa.

24. BAKTERYJNE ZAPALENIE OPON MÓZGOWO-RDZENIOWYCH

Za bakteryjne zapalenie opon mózgowo - rdzeniowych uważa się zapalenie opon mózgowo - rdzeniowych powodujące powstanie znacznego i trwałego ubytku neurologicznego potwierdzonego przez specjalistę neurologa po upływie 30 dni od początku choroby, charakteryzującego się niezdolnością ubezpieczonego do wykonywania co najmniej trzech (3) z sześciu (6) opisanych poniżej podstawowych czynności życia codziennego:

1. Kąpiel: samodzielne (bez pomocy innych osób) umycie się w wannie lub pod prysznicem (wraz z wejściem i wyjściem z wanny lub spod prysznica) lub umycie się w inny sposób.
2. Ubieranie: samodzielne (bez pomocy innych osób) ubranie i rozebranie się a także zakładanie i zdejmowanie wszelkiego rodzaju protez i aparatów ortopedycznych, jeśli istnieje konieczność ich używania.
3. Jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku.
4. Toaleta: samodzielne (bez pomocy innych osób) korzystanie z toalety bądź takie zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym, aby możliwe było utrzymanie higieny osobistej na satysfakcjonującym poziomie.
5. Poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni.
6. Przemieszczanie się: zdolność do samodzielnego (bez pomocy innych osób) przemieszczenia się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem.

Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo – rdzeniowego.

25. CHOROBA CREUTZFELDTA - JAKOBA

Za chorobę Creutzfeldta - Jakoba uważa się postępującą chorobę zakaźną (zakażenie następuje m.in. poprzez spożycie zakażonego mięsa lub innych produktów, w następstwie zabiegów medycznych) charakteryzującą się objawami psychicznymi (otępienie) oraz neurologicznymi (objawy porażenia nerwów, zaburzenia wzroku, zaburzenia równowagi i inne). Jednoznaczna diagnoza musi być postawiona przez specjalistę neurologa.

26. ZAKAŻENIE HIV/HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS LUB ROZPOZNANIE AIDS/NABYTY ZESPÓŁ NIEDOBRU ODPORNOŚCI (w wyniku transfuzji krwi)

Za zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w wyniku transfuzji krwi) uważa się zakażenie, w przypadku którego można udowodnić, że ubezpieczonemu przetoczono zakażoną krew lub preparaty krwiopochodne pochodzące z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia.

27. ZAKAŻENIE HIV/HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS LUB ROZPOZNANIE AIDS/NABYTY ZESPÓŁ NIEDOBRU ODPORNOŚCI (w związku z wykonywanym zawodem)

Za zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w związku z wykonywanym zawodem) uważa się zakażenie, w przypadku którego można udowodnić, że jest wynikiem przypadkowego ukłucia się igłą/skaleczenia podczas pełnienia obowiązków wynikających z wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologii, pielęgniarki, sanitariusza, strażaka lub policjanta. Każde takie zdarzenie, będące powodem roszczenia, musi nastąpić w okresie ważności polisy i musi być zgłoszone ubezpieczycielowi w ciągu 7 dni od zaistnienia tego zdarzenia. Dodatkowo, test w kierunku HIV wykonany bezpośrednio.”.

3. Zakres ubezpieczenia – tabela świadczeń

Zakres ochrony ubezpieczeniowej winien obejmować następujące zdarzenia i wysokość świadczeń:

L.p.	Zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową	Minimalna wysokość świadczenia (PLN)
1	Śmierć ubezpieczonego	65 000
2	Śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku*	135 000
3	Śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego*	205 000
4	Śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku przy pracy*	205 000
5	Śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy*	295 000
6	Śmierć ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu*	100 000
7	Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego powstały w wyniku zawału serca lub udaru mózgu. Za każdy 1% uszczerbku	520
8	Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Za każdy 1% uszczerbku	520
9	Śmierć współmałżonka lub partnera	13 000
10	Śmierć współmałżonka lub partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku*	26 000
11	Śmierć dziecka	3 250
12	Śmierć rodziców ubezpieczonego lub rodziców małżonka, partnera ubezpieczonego	2 600
13	Urodzenie się dziecka	1 500
14	Urodzenie się martwego dziecka, lub zgon noworodka	3 000
15	Osierocenie dziecka przez ubezpieczonego- jednorazowe świadczenie dla każdego dziecka	4 550
16	Wystąpienie ciężkiej choroby	5 500

17	Leczenie szpitalne za każdy dzień leczenia z powodu: - nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego w pracy* (od 1 dnia do 14 dnia/ od 15 dnia do 90 dnia) - nieszczęśliwego wypadku* (od 1 dnia do 14 dnia/ od 15 dnia do 90 dnia) - nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego* (od 1 dnia do 14 dnia/ od 15 dnia do 90 dnia) - nieszczęśliwego wypadku przy pracy* od 1 dnia do 14 dnia/ od 15 dnia do 90 dnia) - zawału zawału serca lub udaru mózgu* (od 1 dnia do 14/ od 15 dnia do 90 dnia) - choroby	300 / 150 200 / 100 250 / 125 250 / 125 130 / 65 65
18	Pobyt ubezpieczonego na OIOM/OIT	1 000
19	Rekonwalescencja (za 1 dzień zwolnienia lekarskiego po pobycie w szpitalu max. za 30 dni)	35
20	Przeprowadzone operacje chirurgiczne wg klasy I	2 500
21	Przeprowadzone operacje chirurgiczne wg klasy II	1 875
22	Przeprowadzone operacje chirurgiczne wg klasy III	1 250
23	Przeprowadzone operacje chirurgiczne wg klasy IV	625
24	Przeprowadzone operacje chirurgiczne wg klasy V	250
25	Leczenie specjalistyczne ablacja, wszczepienie kardiowertera/defibrylatora, wszczepienie rozrusznika serca, chemioterapia lub radioterapia, terapia interferonowa	5 000
26	Prawo do indywidualnej kontynuacji (możliwa po 3 miesiącu ochrony z tytułu ubezpieczenia grupowego)	TAK

*Skumulowana wartość świadczeń

4. Klauzule dodatkowe

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

1. Klauzula zniesienia ograniczeń czasowych warunkujących wypłatę świadczeń - OBLIGATORYJNA

Wymaga się zniesienia ograniczeń czasowych w wypłacie świadczenia z tytułu:

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

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

2. Klauzula gwarantująca zapewnienie organizacji komisji lekarskiej/badania lekarskiego – OBLIGATORYJNA

Zamawiający dopuszcza możliwość zaocznego orzekania na podstawie pełnej wymaganej dokumentacji medycznej, z zastrzeżeniem, że w przypadku braku akceptacji takiego orzeczenia Wykonawca na uzasadniony wniosek Ubezpieczonego zobowiązany jest przeprowadzić na własny koszt komisję lekarską/badanie lekarskie w celu ponownej weryfikacji orzeczonego uszczerbku na zdrowiu.

Wykonawca zapewni organizację komisji lekarskiej/badania lekarskiego orzekających o stanie zdrowia ubezpieczonych na potrzeby realizacji umowy, w placówkach medycznych zlokalizowanych na terenie Nowego Sącza lub w odległości do 50 km od miejsca zamieszkania Ubezpieczonego/ miejscowości siedziby Zamawiającego.

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

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

4. Klauzula udostępnienia systemu elektronicznego obsługi polis - OBLIGATORYJNA

Wykonawca zobowiązuje się, od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, do nieodpłatnego udostępnienia Zamawiającemu co najmniej elektronicznego systemu obsługi polisy (np. składnik pakietu biurowego MS Office - Excel). System ten, poprzez łącze internetowe, usprawniać będzie obsługę polisy w zakresie co najmniej:

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

5. Klauzula akwizycyjna – OBLIGATORYJNA

Wykonawca zobowiązuje się do:

- przedstawienia pełnomocnikowi reprezentującemu Zamawiającego harmonogramu prac wdrożenia ubezpieczenia u Zamawiającego,
- dedykowania minimum 1 osoby do przeprowadzenia wdrożenia ubezpieczenia u Zamawiającego,
- udziału w akcji informacyjnej, w tym udziału w spotkaniach informacyjnych dla pracowników Zamawiającego,
- przygotowania oraz dostarczenia Zamawiającemu, po akceptacji pełnomocnika Zamawiającego, materiałów informacyjnych tj.: ulotek, deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia,
- zorganizowania szkolenia obsługowego dla pracownika administrującego umową ubezpieczenia grupowego u Zamawiającego.

6. Udostępnianie informacji o szkodowości- OBLIGATORYJNA

Wykonawca na wniosek Zamawiającego lub Pełnomocnika Zamawiającego– udostępni informację na temat szkodowości ubezpieczenia.

KLAUZULE FAKULTATYWNE (PODLEGAJĄCE OCENIE)

1. Klauzula gwarancji wypłaty całej kwoty świadczenia - 20 pkt.

Klauzula nie dopuszcza pomniejszenia kwoty wypłaty świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego będącego następstwem choroby, nieszczęśliwego wypadku, czy zgonu ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, o świadczenia wcześniej wypłacone z tytułu choroby, trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego będącego wynikiem tego samego nieszczęśliwego wypadku, czy zawału serca lub udaru mózgu.

2. Klauzula rozszerzająca ochronę ubezpieczeniową o wypłatę świadczenia z tytułu leczenia specjalistycznego – 5 pkt.

Przedmiotem ubezpieczenia jest przeprowadzenie u ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy procedur medycznych dotyczących leczenia specjalistycznego. Za rozszerzenie katalogu zabiegów wymaganych w części obligatoryjnej o minimum dodatkowe dwie procedury: tj. dializoterapii oraz wertebroplastyki przy leczeniu naczyniaka kręgosłupa zostanie przyznane dodatkowo 5 punktów.

Zamawiający dopuszcza definicję w/w procedur medycznych zgodnie z OWU Wykonawcy. Minimalna kwota świadczenia z tytułu dodatkowych procedur:

- dializoterapia – 100% sumy ubezpieczenia
- wertebroplastyka przy leczeniu naczyniaka kręgosłupa – 50 % sumy ubezpieczenia

3. Klauzula wydłużająca ochronę z tytułu zgonu dziecka Ubezpieczonego bez względu na wiek dziecka– 20 pkt.

W przypadku rozszerzenia definicji dotyczącej śmierci dziecka o brak górnego ograniczenia wieku, w którym nastąpi zgon dziecka, zostaną przyznane dodatkowe punkty.

4. Klauzula dotycząca likwidacji świadczeń – 15 pkt.

Winna gwarantować:

- możliwość zgłaszania świadczeń za pośrednictwem Internetu oraz
- możliwość zgłaszania świadczeń w jednostkach Wykonawcy rozlokowanych na terenie Polski.

5. Klauzula wydłużająca okres pobytu w szpitalu, za który Wykonawca ponosi odpowiedzialność - do 180 dni w roku polisowym – 20 pkt.

6. Klauzula rozszerzająca katalog poważnych zachorowań Ubezpieczonego- 20 pkt.

Zakres ochrony ubezpieczeniowej na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego które są wymienione w pkt 2.25, podlegające wypłacie świadczenia, zostanie rozszerzony dodatkowo o co najmniej 10 poważnych zachorowań.

1) Dodatkowo wymagane poważne zachorowania:

1. BĄBLOWIEC MÓZGU

Za bąbłowiec mózgu uważa się tylko taki bąbłowiec mózgu, który oznacza usuniętą chirurgicznie zmianę w mózgu, składająca się z pojedynczych lub mnogich larw typu echinococcus (pęcherz bąbłowcowy), potwierdzoną w rozpoznaniu histopatologicznym.

2. ZGORZEL GAZOWA

Za zgorzel gazową uważa się tylko taką zgorzel, która wymaga zastosowania leczenia w warunkach szpitalnych, z powodu rozpoznania potwierdzonego w dokumentacji medycznej ciężkiego zakażenia przyrannego, przebiegającego z rozległym obrzękiem, martwicą mięśni, wytwarzaniem gazu w tkankach oraz towarzyszącymi ogólnymi objawami toksemii, spowodowanego przez bakterie: Clostridium perfringens, Clostridium Novyi (oedematians) lub Clostridium septicum.

3. MASYWNY ZATOR TĘTNICY PŁUCNEJ LECZONY OPERACYJNIE

Za masywny zator tętnicy płucnej uważa się tylko taki masywny zator tętnicy płucnej, w którym wymagane jest usunięcie świeżej skrzepiny z pnia tętnicy płucnej poprzez jego nacięcie (tzw. embolektomia chirurgiczna) w trakcie zabiegu operacyjnego wykonanego w trybie pilnym z powodu ostrego zatoru tętnicy płucnej.

4. ODKLESZCZOWE WIRUSOWE ZAPALENIE MÓZGU

Za odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu uważa się tylko taką chorobę przenoszona przez kleszcze, która przebiega z różnorodnymi objawami neurologicznymi, skutkującymi koniecznością hospitalizacji i została potwierdzona badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego. Rozpoznanie choroby powinno być jednoznacznie ustalone przez lekarza specjalistę neurologa wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 84) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego.

5. ROPIEŃ MÓZGU

Za ropień mózgu uważa się wyłącznie taki ropień, który jest usuniętą chirurgicznie zmianą w mózgu opisaną w rozpoznaniu histopatologicznym jako ropień mózgu.

6. SEPSA

Za sepsę uważa się tylko taką sepsę, która oznacza uogólnioną reakcję zapalną organizmu na zakażenie bakteriami, grzybami lub wirusami objawiającą się niewydolnością wielonarządową; przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów, do których zaliczamy ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątrobę.

Odpowiedzialnością nie są objęte przypadki sepsy wtórnej po zabiegach operacyjnych i/lub urazach.

Jednoznaczne rozpoznanie musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie.

7. BOLERIOZA

Za boreliozę uważa się krętkowicę przenoszoną przez kleszcze przebiegającą z różnorodnymi objawami narządowymi, między innymi ze zmianami skórными objawiającymi się rumieniem, zapaleniem stawów, zapaleniem mięśnia sercowego oraz różnorodnymi objawami neurologicznymi i skutkującą koniecznością leczenia szpitalnego. Zdiagnozowanie choroby skutkujące hospitalizacją powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 69.2) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego.

8. TĘŻEC

Za tężec uważa się tylko taki tężec, który oznacza chorobę zakaźną spowodowaną neurotoksynami wytwarzanymi przez laseczki tężca (tetanospazminy). Charakteryzuje się wzmożonym napięciem mięśni szkieletowych w następstwie działania tetanospazminy na układ nerwowy. Odpowiedzialnością są objęte tylko pełnoobjawowe przypadki wymagające intensywnej terapii w warunkach szpitalnych.

Jednoznaczne rozpoznanie musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie.

9. GRUŻLICA

Za gruźlicę uważa się tylko taką chorobę zakaźną, która jest spowodowana prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*) i przebiega z zajęciem miąższu płucnego lub drzewa tchawiczo-oskrzelowego bądź też opłucnej, węzłów chłonnych klatki piersiowej, układu moczowo-płciowego, kości i stawów, opon mózgowych. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem badania bakteriologicznego bądź histologicznego i decyzją o wdrożeniu leczenia przeciwprątkowego.

10. CHOROBA HUNTINGTONA

Za chorobę Huntingtona uważa się postępującą chorobę ośrodkowego układu nerwowego, rozpoznaną przez specjalistę w zakresie neurologii, w oparciu o dostępne w tym zakresie metody diagnostyczne.”.

2) W ofercie Wykonawca powinien przedstawić Katalog i definicje dodatkowych jednostek chorobowych, który powinien być zgodny z funkcjonującymi u Wykonawcy OWU w dniu składania oferty. W przypadku stosowania w OWU Wykonawcy innych nazw niż wymienionych w SIWZ stanów chorobowych, oferta powinna zawierać aneks zmieniający nazwy na zgodne z SIWZ.

5. Postanowienia dodatkowe

W odniesieniu do części obowiązkowej zakresu ubezpieczenia, w załączniku nr 4 do SIWZ. Zamawiający określił minimalne warunki ubezpieczenia (obowiązkowe) – Wykonawca nie może w jakikolwiek sposób zmieniać ich treści w sposób ograniczający odpowiedzialność Wykonawcy, w szczególności poprzez wprowadzanie limitów odpowiedzialności, fransyz, wyłączeń. W przypadku gdy OWU Wykonawcy przewidują szerszy zakres odpowiedzialności Wykonawcy niż określono w SIWZ, Wykonawca nie może ograniczyć lub wyłączyć szerszego zakresu ubezpieczenia z OWU w treści oferty.

Jarosław Grądział

Nr sprawy: ZPI.272.25.2019

W-ce Prezes Zarządu DB Patron Sp. z o.o.
Pełnomocnik Powiatu Nowosądeckiego