

SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - MODYFIKACJA

Przedmiotem zamówienia jest usługa grupowego ubezpieczenia na życie pracowników Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie oraz ich współmałżonków i pełnoletnich dzieci

1. INFORMACJE OGÓLNE

1.1 Zamawiający (Ubezpieczający):

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie

1.2 Adres Zamawiającego (Ubezpieczającego):

al. Powstańców Wielkopolskich 72
70-111 Szczecin

1.3 Ubezpieczeni:

Prawo przystąpienia do ubezpieczenia mają pracownicy Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie oraz ich współmałżonkowie i pełnoletnie dzieci

1.4 Dane dotyczące pracowników na dzień 16.03.2017 r.:

Liczba pracowników ogółem	1010
Liczba kobiet	849
Liczba mężczyzn	161
Liczba osób ubezpieczonych na dzień 28.02.2017 r. (z członkami rodzin)	972
Struktura zatrudnienia	Załącznik nr 2 do SIWZ

Z uwagi na fakt, że przedmiotem zamówienia jest ubezpieczenie dobrowolne Zamawiający nie może zagwarantować, że do ubezpieczenia przystąpią wszyscy pracownicy Zamawiającego.

Ubezpieczyciel akceptuje niezmienność swojej oferty niezależnie od liczby osób przystępujących do ubezpieczenia i znosi minimalny wymóg partycypacyjny dla całej umowy, jak również dla poszczególnych wariantów, z zastrzeżeniem, że jeżeli do ubezpieczenia przystąpi mniej niż 50% aktualnie ubezpieczonych osób w okresie 3 miesięcy od momentu podpisania umowy - każda ze stron umowy może żądać skrócenia czasu trwania umowy na zasadzie porozumienia stron. Zmiana postanowień umowy musi być poprzedzona złożeniem wniosku przez jedną ze stron oraz pod rygorem nieważności, musi zostać dokonana w formie pisemnej za zgodą obu stron.

Wykonawca akceptuje, że liczba ubezpieczonych może ulec zmianie w trakcie trwania umowy.

1.5 Okres ubezpieczenia:

5 miesięcy - od 01.07.2017 r. do 30.11.2017 r.

1.6 Uprawnieni do ubezpieczenia

Do ubezpieczenia będą mogli przystąpić pracownicy Ubezpieczającego oraz ich współmałżonkowie oraz pełnoletnie dzieci.

Współmałżonkowie i pełnoletnie dzieci mają prawo wyboru dowolnego wariantu ubezpieczenia, niezależnie od wariantu, do którego przystąpi pracownik Zamawiającego. Wykonawca nie może wymagać minimalnego poziomu partycypacji dla współmałżonków i pełnoletnich dzieci.

Małżonek – osoba pozostająca z ubezpieczonym w związku małżeńskim, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa bez względu na fakt pozostawania w separacji.

Za małżonka uważa się również partnera życiowego pracownika nie pozostającego w formalnym związku małżeńskim. Partnerem życiowym może być osoba nie pozostająca w formalnym związku małżeńskim,

niespokrewniona z pracownikiem, z którą pracownik pozostaje we wspólnym pożyciu, wskazana przez pracownika w deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia.

Pracownik – osoba fizyczna zatrudniona przez Zamawiającego na podstawie umowy o pracę.

Pełnoletnie dziecko – dziecko własne, przysposobione albo pasierb (jeżeli nie żyje ojciec lub matka) ubezpieczonego podstawowego, które ukończyło 18 rok życia.

1.7. Wiek przystąpienia, okres odpowiedzialności.

Do ubezpieczenia mogą przystąpić wszystkie osoby dotychczas ubezpieczone, także te, które ukończyły 69 rok życia oraz osoby dotychczas nieubezpieczone, które ukończyły 18 rok życia i nie ukończyły 69 roku życia – dotyczy to całego zakresu ubezpieczenia.

Prawo przystąpienia do ubezpieczenia przysługuje również pracownikom oraz członkom ich rodzin, którzy w dniu podpisania deklaracji przystąpienia przebywali na zwolnieniach lekarskich, w szpitalu, na urloпах macierzyńskich i wychowawczych, urloпах bezpłatnych, o ile osoby te były ubezpieczone w dotychczas funkcjonującej umowie ubezpieczenia grupowego na życie funkcjonującego u Zamawiającego.

Odpowiedzialność Wykonawcy w stosunku do Ubezpieczonego w pełnym zakresie ubezpieczenia kończy się w dniu rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat. W przypadku osób przekraczających ten wiek i będących nadal pracownikami następuje wydłużenie odpowiedzialności dla całego zakresu ubezpieczenia do czasu trwania stosunku prawnego łączącego go z Ubezpieczającym bez wzrostu wysokości składki.

1.8. Ocena stanu zdrowia.

Wykonawca akceptuje możliwość przystąpienia do ubezpieczenia pracowników oraz członków rodziny pracownika bez oceny stanu zdrowia/bez stosowania ankiet medycznych w dowolnym czasie trwania umowy ubezpieczenia.

1.9. Sposób i forma płatności.

Składka będzie opłacana przelewem przez Zamawiającego na numer konta bankowego wskazany Zamawiającemu przez Wykonawcę – płatność dokonywana będzie w systemie miesięcznym. Termin przekazywania składek przypada najpóźniej na ostatni dzień miesiąca, za który są należne. Suma składek za każdy miesięczny okres ochrony nie może przekraczać wartości wynikającej z iloczynu ilości osób aktualnie objętych ochroną ubezpieczeniową i wysokości składki miesięcznej jednostkowej.

W przypadku, gdy dzień płatności określony powyżej przypadnie w dzień świąteczny lub wolny od pracy u Zamawiającego realizacja nastąpi w najbliższym dniu roboczym po tym terminie, pod warunkiem że nie będzie to dzień kolejnego miesiąca, tylko dzień miesiąca, za który jest należna składka. W przypadku nieopłacenia całości lub części składki przez Ubezpieczającego w terminie wymagalności Ubezpieczyciel pisemnie wezwie go do opłacenia składki, wyznaczając dodatkowo co najmniej 14 - dniowy termin do zapłaty oraz informując o skutku nieprzekazania składki.

1.10. Certyfikaty.

Wykonawca dostarczy ubezpieczonym na wniosek Zamawiającego/ubezpieczonego certyfikaty ubezpieczenia. Certyfikaty mogą zostać wydrukowane za pomocą systemu elektronicznego udostępnionego Zamawiającemu przez Wykonawcę.

2. WARIANTY UBEZPIECZENIA

2.1. Konstrukcja ubezpieczenia przewiduje jednoczesne funkcjonowanie trzech wariantów bez względu na liczbę osób przystępujących do każdego z nich. Zakres ubezpieczenia, sumy ubezpieczenia, wysokości świadczeń dla ubezpieczonych w danym wariantcie określa tabela świadczeń przedstawiona w Załączniku nr 1 do SIWZ.

2.2. Każdy z uprawnionych może dokonać wyboru odpowiedniego dla siebie wariantu jednocześnie wyrażając zgodę na potrącanie z comiesięcznego wynagrodzenia przez Zamawiającego odpowiedniej wysokości składki.

2.3. Zasady wyboru wariantów przez członków rodziny pracownika reguluje pkt 1.6. Uprawnieni do ubezpieczenia.

2.4. Zamawiający przewiduje prawo ubezpieczonych do zmiany wariantu ubezpieczenia w każdym czasie trwania umowy – w takim przypadku Wykonawca ma prawo zastosować karencje na nadwyżkę sum/zakres, zgodnie z postanowieniami ogólnych warunków ubezpieczenia Wykonawcy.

~~Zmiana wariantu w rocznicę polisy będzie możliwa bez stosowania karencji zarówno w przypadku wysokości świadczeń, sumy ubezpieczenia jak również zakresu ubezpieczenia.~~

3. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

3.1. Wykonawca gwarantuje niezmienność składki miesięcznej jednostkowej przez cały okres trwania umowy ubezpieczenia.

3.2. Maksymalna jednostkowa szacowana składka ubezpieczeniowa wynosi:

Wariant 1 – 66 zł

Wariant 2 – 66 zł

Wariant 3 – 46 zł

4. KARENCJE

4.1. Pracownicy:

4.1.1. w stosunku do osób będących pracownikami w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia (dotyczy zarówno ubezpieczonych w ramach aktualnej umowy ubezpieczenia jak i nieubezpieczonych) wymaga się zniesienia karencji w pełnym zakresie oferty w ciągu trzech miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,

4.1.2. karencja nie ma zastosowania w stosunku do osób zatrudnionych w trakcie trwania umowy ubezpieczenia w pełnym zakresie oferty, przystępujących do ubezpieczenia w ciągu trzech miesięcy od daty zatrudnienia.

4.2. Członkowie rodzin:

4.2.1. w stosunku do członków rodzin w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia (dotyczy zarówno ubezpieczonych w ramach aktualnej umowy ubezpieczenia jak i nieubezpieczonych) wymaga się zniesienia karencji w pełnym zakresie oferty w ciągu trzech miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,

4.2.2. karencja (w pełnym zakresie oferty) nie ma zastosowania w stosunku do członków rodzin przystępujących do ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia w ciągu trzech miesięcy od:

- daty zatrudnienia pracownika,
- daty zawarcia związku małżeńskiego,
- ukończenia przez dziecko 18-go roku życia.

4.3. Karencja w każdym czasie trwania umowy nie ma zastosowania do zdarzeń, które są następstwem nieszczęśliwego wypadku.

4.4. Dopuszczalne jest zastosowanie karencji w stosunku do partnerów życiowych dotychczas nieubezpieczonych zgodnie z obowiązującymi w dniu składania oferty OWU Ubezpieczyciela. Dotychczas ubezpieczeni partnerzy życiowi przystępują bez karencji.

4.5. W przypadku pracowników, współmałżonków oraz pełnoletnich dzieci, którzy przystąpią do ubezpieczenia po 3 miesiącach od daty nabycia prawa do przystąpienia do ubezpieczenia będą obowiązywały następujące okresy karencji:

- 9 miesięcy – urodzenie dziecka,
- 6 miesięcy – śmierć ubezpieczonego, śmierć małżonka, śmierć rodziców i teściów, śmierć dziecka, urodzenie martwego dziecka, osierocenie dziecka, ciężkie choroby małżonka, urodzenie dziecka z wadą wrodzoną,
- 90 dni – ciężkie choroby ubezpieczonego, operacje chirurgiczne, leczenie specjalistyczne, ciężkie zachorowania dziecka,
- 1 miesiąc – pobyt w szpitalu spowodowany chorobą.

5. WARUNKI UBEZPIECZENIA

5.1. Wykonawca uznaje swoją odpowiedzialność za skutki stanów chorobowych oraz nieszczęśliwych wypadków, które wystąpiły lub wydarzyły się przed datą objęcia odpowiedzialnością przez Wykonawcę, a których skutki ujawniły się po rozpoczęciu odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej w drodze niniejszego postępowania przetargowego. Zapis ten dotyczy osób obecnie ubezpieczonych w ramach ubezpieczenia grupowego bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Dotyczy świadczenia z tytułu;

- zgonu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy,
- zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego,
- zgon ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu,
- zgon współmałżonka ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- pobytu ubezpieczonego w szpitalu,
- poważnego zachorowania ubezpieczonego
- poważnego zachorowania małżonka ubezpieczonego,
- operacji chirurgicznych,

- leczenia specjalistycznego.

5.2. Wykonawca skróci okres wyłączenia odpowiedzialności z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku samobójstwa do 6 miesięcy.

5.3. W przypadku, gdy zajście zdarzenia powoduje powstanie odpowiedzialności Wykonawcy w stosunku do ubezpieczonego z więcej niż jednego zdarzenia objętego ubezpieczeniem, świadczenie ze wszystkich ryzyk zostanie wypłacone w pełnej wysokości bez zastosowania jakichkolwiek potrąceń.

5.4. W realizacji umowy nie dopuszcza się stosowania wyłączeń odpowiedzialności ubezpieczyciela w związku z amatorskim uprawianiem sportów nie mających ryzykownego charakteru lub udziałem ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych nie mających ryzykownego charakteru, przy czym za takie uważa się w szczególności narciarstwo i snowboarding (z wyłączeniem ekstremalnego), turystyczne spływy kajakowe, nurkowanie bez specjalistycznego sprzętu umożliwiającego oddychanie pod wodą, jazdę gokartami, jazdę quadami, uczestnictwo w rywalizacjach sportowych bez użycia pojazdów kołowych, łodzi, koni lub nart wodnych.

5.5. Ubezpieczyciel zobowiązuje się do nieodpłatnego udostępnienia Ubezpieczającemu, w terminie do 14 dni kalendarzowych od zawarcia umowy ubezpieczenia, elektronicznego systemu obsługi polis w zakresie co najmniej:

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

5.6. Wykonawca gwarantuje możliwość zgłaszania przynajmniej świadczeń bezspornych (z tytułu urodzenia dziecka, urodzenia martwego dziecka, śmierci rodziców i teściów, śmierci dziecka) drogą elektroniczną (poczta e-mail, faks) bez konieczności potwierdzania dokumentów za zgodność z oryginałem i brak konieczności wysyłania do Ubezpieczyciela dokumentów w formie papierowej oraz wypłatę tych świadczeń w ciągu 5 dni roboczych od daty wpływu kompletnej dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia roszczenia.

W uzasadnionych przypadkach Wykonawca ma prawo wglądu w oryginały dokumentacji.

5.7. Ubezpieczyciel gwarantuje obsługę grupowego ubezpieczenia na życie na terenie miasta Szczecin w następującym zakresie:

- przyjmowanie i weryfikację dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia roszczenia,
- przyjmowanie wniosków o zawarcie ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego,
- przeprowadzenie badań lekarskich.

5.8. Zamawiający dopuszcza możliwość wypłaty świadczenia na podstawie dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia bez konieczności wykonania badania lekarskiego. W przypadku wystąpienia przez Ubezpieczonego z wnioskiem o przeprowadzenie badania lekarskiego Wykonawca gwarantuje możliwość zorganizowania komisji lekarskiej i pokryje jej koszty jeżeli ubezpieczony wystąpi z uzasadnionym wnioskiem o przeprowadzenie badania lekarskiego.

5.9. Prawo do indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie.

Wykonawca w ramach Umowy ubezpieczenia grupowego nada każdemu ubezpieczonemu prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia po odejściu z pracy (ustaniu stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego z ubezpieczającym), z gwarancją dożywności zakresu ochrony ubezpieczeniowej oraz warunków ubezpieczenia w tym wysokości miesięcznej składki ubezpieczeniowej.

Staż wymagany do nabycia prawa do indywidualnej kontynuacji – 6 miesięcy, z uwzględnieniem udokumentowanego stażu z „dotychczasowego” ubezpieczenia. Wniosek o zawarcie ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego musi być złożony najpóźniej przed upływem 3 miesięcy, od opłaty ostatniej składki w ubezpieczeniu grupowym, z zastrzeżeniem, iż w przypadku, gdy wniosek zostanie złożony w ciągu 1 miesiąca, kontynuacja ubezpieczenia nie będzie objęta karencją.

Minimalny zakres i wysokość świadczeń w ubezpieczeniu indywidualnie kontynuowanym:

Zakres ochrony	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
Śmierć ubezpieczonego	100%
Śmierć ubezpieczonego w wyniku NW	200%
Śmierć ubezpieczonego w wyniku NW komunikacyjnego	700 %
Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku NW	za 1% uszczerbku 4 % sumy ubezpieczenia
Śmierć małżonka	50%
Śmierć małżonka w następstwie NW	300 %
Śmierć dziecka	30%

Śmierć rodziców i teściów	20%
Urodzenie się dziecka	10%
Urodzenie się martwego dziecka	20%
Osierocenie dziecka przez ubezpieczonego	40%

Maksymalna składka za wyżej wymieniony zakres to 7,00 zł za 1 000,00 zł sumy ubezpieczenia.

5.10. Wykonawca zniesie ograniczenia czasowe w wypłacie świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego w następstwie: nieszczęśliwego wypadku, wypadku komunikacyjnego, wypadku przy pracy, trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz zawału serca lub udaru mózgu.

Wykonawca nie będzie warunkował wypłaty świadczenia od okresu jaki upłynął pomiędzy śmiercią, wystąpieniem trwałego uszczerbku na zdrowiu a zdarzeniem, które było ich przyczyną.

5.11. Wykonawca nie pomniejszy świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego będącego następstwem choroby (w tym również zawału serca i udaru mózgu) lub nieszczęśliwego wypadku o świadczenia wcześniej wypłacone z tytułu choroby, trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego pod warunkiem, że są skutkiem tego samego zdarzenia.

6. DEFINICJE

6.1. Szpital – zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielenia świadczeń zdrowotnych tym chorym, których stan zdrowia wymaga całodobowej opieki lekarsko – pielęgniarskiej.

6.2. Pobyt ubezpieczonego w szpitalu – ubezpieczenie będzie obejmowało swym zakresem ryzyko pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą, nieszczęśliwym wypadkiem (w tym także komunikacyjnym, przy pracy, komunikacyjnym w pracy) oraz zawałem serca albo udarem mózgu.

Zakres terytorialny pobytu w szpitalu zostanie rozszerzony o cały świat.

Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu będzie wypłacane:

- od pierwszego dnia pobytu za pobyt trwający minimum dwa dni w przypadku choroby (wliczony zostanie również dzień przyjęcia i dzień wypisu ze szpitala),
- od pierwszego dnia pobytu za pobyt trwający minimum jeden dzień w przypadku nieszczęśliwego wypadku (wliczony zostanie również dzień przyjęcia i dzień wypisu ze szpitala).

Wykonawca wypłaci ubezpieczonemu świadczenie za minimum 90 dni pobytu w szpitalu w każdym okresie kolejnych 12 miesięcy, trwających między rocznicami polisy.

6.3. Pobyt ubezpieczonego na Oddziale Intensywnej Terapii/Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej – jest to specjalistyczny oddział szpitalny przeznaczony dla chorych wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru. Za OIT/OIOM uznaje się także oddziały intensywnej opieki kardiologicznej i neurologicznej.

Pobyt na OIOM/OIT musi trwać nieprzerwanie co najmniej 48 godzin.

Zakres terytorialny ubezpieczenia jest taki sam jak w ubezpieczeniu pobytu w szpitalu.

6.4. Rekonwalescencja – trwający nieprzerwanie maksymalnie 30 dni – bezpośrednio po pobycie w szpitalu trwającym co najmniej 12 dni – pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym przez oddział szpitalny, w którym odbywało się leczenie szpitalne.

6.5. Śmierć ubezpieczonego – ubezpieczenie obejmuje śmierć ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.

6.6. Nieszczęśliwy wypadek – uznaje się zawsze nagłe, gwałtowne, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego nastąpiło zdarzenie objęte ochroną Wykonawcy.

6.7. Wypadek komunikacyjny – nieszczęśliwy wypadek:

a) wywołany 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; pojazdem jest również tramwaj,

b) wywołany 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,
- wypadkiem komunikacyjnym, w rozumieniu pkt. b, nie są wypadki dotyczące kolejowego transportu wewnątrzzakładowego oraz transportu linowego i linowo-terenowego,

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

d) wywołany 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.

6.8. Wypadek przy pracy – nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego zwykłych czynności albo poleceń przełożonych w ramach stosunku pracy albo stosunku cywilnoprawnego, z tytułu którego opłacana jest składka na ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych.

6.9. Śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – ubezpieczenie obejmuje śmierć ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem.

Wykonawca nie może uzależnić wypłaty świadczenia od okresu czasu, jaki upłynął pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią ubezpieczonego, o ile obydwa wystąpiły w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.

6.10. Śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego – ubezpieczenie obejmuje śmierć ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy, spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym.

Wykonawca nie może uzależnić wypłaty świadczenia od okresu czasu, jaki upłynął pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią ubezpieczonego, o ile obydwa wystąpiły w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.

6.11. Śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy - ubezpieczenie obejmuje śmierć ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy, spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem w związku z wykonywaniem stosunku pracy. Definicja wypadku przy pracy podana jest w punkcie 6.8.

Wykonawca nie może uzależnić wypłaty świadczenia od okresu czasu, jaki upłynął pomiędzy wypadkiem przy pracy a śmiercią ubezpieczonego, o ile obydwa wystąpiły w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.

6.12. Śmierć ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu – ubezpieczenie obejmuje śmierć ubezpieczonego, której bezpośrednią przyczyną były: zawał serca lub udar, które wystąpiły w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową. Śmierć Ubezpieczonego musi nastąpić jako bezpośredni rezultat wystąpienia zawału serca lub udaru.

Wykonawca nie może uzależnić wypłaty świadczenia od okresu czasu, jaki upłynął pomiędzy zawałem serca lub udarem a śmiercią ubezpieczonego, o ile obydwa wystąpiły w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.

6.13. Udar mózgu - oznacza nagłe zaburzenie czynności mózgu, prowadzące do trwałych ubytków, wywołane zarówno przerwaniem ściany naczynia mózgowego jak i zamknięciem światła naczynia. (Nie dotyczy przyczyn spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanymi czynnikami urazowymi.)

6.14. Śmierć dziecka – ubezpieczenie obejmuje śmierć dziecka ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.

6.15. Dziecko

a) w ryzyku zgon dziecka dziecko definiowane jest jako dziecko własne, przysposobione (jeżeli nie żyje ojciec lub matka)- bez względu na wiek.

b) w ryzyku osierocenia dziecka definiowane jest jako dziecko własne, przysposobione (jeżeli nie żyje ojciec lub matka) w wieku do 18 roku życia, a w razie uczęszczania do szkoły w wieku do ukończenia 25 roku życia lub bez względu na wiek, w razie jego całkowitej niezdolności do pracy.

6.16. Śmierć rodziców lub teściów – ubezpieczenie obejmuje śmierć w okresie odpowiedzialności Wykonawcy:

- rodzica ubezpieczonego albo ojczyma lub macochy ubezpieczonego, jeżeli nie żyje ojciec lub matka ubezpieczonego, oraz

- rodzica aktualnego małżonka ubezpieczonego albo ojczyma lub macochy małżonka ubezpieczonego, jeżeli nie żyje ojciec lub matka małżonka ubezpieczonego.

6.17. Urodzenie dziecka – urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu potwierdzone aktem urodzenia w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Za urodzenie dziecka uważa się również przysposobienie dziecka bez względu na wiek dziecka.

6.17. Urodzenie martwego dziecka – ubezpieczenie obejmuje urodzenie martwego dziecka w rozumieniu przepisów dotyczących porodów i urodzeń, jeżeli urodzenie zostało zarejestrowane.

6.18. Osierocenie dziecka – ubezpieczenie obejmuje osierocenie dziecka wskutek śmierci Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.

Definicja dziecka podana jest w pkt. 6.15. b).

6.19. Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – ubezpieczenie obejmuje wystąpienie u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem.

Trwały uszczerbek na zdrowiu – oznacza trwałe, nie rokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji.

6.20. Ciężka choroba – to stan chorobowy objęty odpowiedzialnością Wykonawcy.

Katalog poważnych zachorowań ubezpieczonego: anemia aplastyczna, bąblowiec mózgu, chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych –by-pass, choroba Creutzfelda-Jakoba, masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie, niewydolność nerek, nowotwór złośliwy, odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu, ropień mózgu, sepsa, tężec, udar, wścieklizna, „zawodowe” zakażenie wirusem HIV, zakażenie wirusem HIV wskutek transfuzji krwi, zawał serca, zgorzel gazowa, borelioza, choroba aorty brzusznej, choroba aorty piersiowej, gruźlica, przewlekłe zapalenie wątroby, utrata kończyny wskutek choroby, utrata słuchu, wada serca, choroba neuronu ruchowego, choroba Huntingtona, bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo –rdzeniowych, zakażona martwica trzustki, bakteryjne zapalenie wsierdzia, stwardnienie rozsiane, oparzenia, transplantacja organów, utrata wzroku, oponiak, choroba Parkinsona, WZW B i C – wysokość minimalnego świadczenia określona w tabeli świadczeń.

Katalog poważnych zachorowań współmałżonka/partnera – anemia aplastyczna, bąblowiec mózgu, chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych –by-pass, choroba Creutzfelda-Jakoba, masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie, niewydolność nerek, nowotwór złośliwy, odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu, ropień mózgu, sepsa, tężec, udar, wścieklizna, „zawodowe” zakażenie wirusem HIV, zakażenie wirusem HIV wskutek transfuzji krwi, zawał serca, zgorzel gazowa, borelioza, choroba aorty brzusznej, choroba aorty piersiowej, gruźlica, przewlekłe zapalenie wątroby, utrata kończyny wskutek choroby, utrata słuchu, wada serca, choroba neuronu ruchowego, choroba Huntingtona, bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo –rdzeniowych, zakażona martwica trzustki, bakteryjne zapalenie wsierdzia, stwardnienie rozsiane, oparzenia, transplantacja organów, utrata wzroku, oponiak, choroba Parkinsona, WZW B i C – wysokość minimalnego świadczenia określona w tabeli świadczeń.

Katalog poważnych zachorowań dziecka – zgodnie z OWU oraz katalogiem poważnych zachorowań oferowanym przez Wykonawcę.

6.21. Operacje chirurgiczne – operacje wykonane przez lekarza medycyny, przeprowadzone w placówce medycznej w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym metodą endoskopową, laparoskopową, otwartą lub zamkniętą, które zostały wymienione w katalogu operacji chirurgicznych Wykonawcy.

Minimalna suma ubezpieczenia będąca podstawą do naliczenia świadczenia została wskazana w tabeli świadczeń (stanowi ona maksymalną wysokość świadczenia za zdarzenie ubezpieczeniowe) – świadczenia z tytułu operacji będą wypłacane zgodnie z klasyfikacją zawartą w katalogu operacji chirurgicznych Wykonawcy. Wykonawca nie będzie warunkował wypłaty świadczenia z tytułu operacji chirurgicznych minimalnym wymaganym okresem pobytu w szpitalu.

Odpowiedzialność Wykonawcy obejmuje wykonanie operacji chirurgicznych na terytorium RP, krajów należących do Unii Europejskiej oraz na terenie: Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Szwajcarii, Watykanu.

6.22. Leczenie specjalistyczne – zakres ubezpieczenia obejmuje przeprowadzenie u ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy specjalistycznego leczenia, tj.:

- chemioterapii albo radioterapii,
- terapii interferonowej,
- wszczepienia kardiowertera/defibrylatora,
- wszczepienie rozrusznika serca,
- ablacji,
- dializoterapii.

Wysokość świadczenia stanowi 100% sumy ubezpieczenia.

6.23. Niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji – zakres ubezpieczenia obejmuje trwałą i całkowitą niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej w dowolnym zawodzie oraz do samodzielnej egzystencji, będąca rezultatem nieszczęśliwego wypadku lub choroby powstałych w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Trwałą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji oznacza, że zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania przez ubezpieczonego zdolności do pracy.

6.24. Refundacja zakupów dokonanych w aptece – świadczenie umożliwiające odbiór w aptece produktów o wartości 100% sumy ubezpieczenia wskazanej w tabeli świadczeń, po odbyciu leczenia szpitalnego

spowodowanego chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem objętego odpowiedzialnością Wykonawcy. Wykonawca przyzna ubezpieczonemu prawo do odbioru produktów za co najmniej trzy rozpoczęte pobyty w szpitalu, w każdym okresie kolejnych 12 miesięcy trwającym między rocznicami polisy, objęte odpowiedzialnością z tytułu ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

Dopuszczalną formą świadczenia będzie wydanie karty, która ma służyć tylko i wyłącznie do realizacji w aptece poprzez bezgotówkowy odbiór produktów aptecznych.

7. TABELA ŚWIADCZEŃ:

L.p.	Wariant	1	2	3
	Szacowana liczba osób ubezpieczonych	313	626	33
	Maksymalna wysokość składki ubezpieczeniowej w zł	66,00	66,00	46,00
	Zakres ubezpieczenia	Minimalna wysokość świadczeń		
1	Śmierć naturalna lub spowodowana chorobą	60 000	60 000	45 000
2	Śmierć spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem*	120 000	120 000	90 000
3	Śmierć spowodowana zawałem serca lub udarem mózgu*	120 000	120 000	90 000
4	Śmierć spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym*	154 000	154 000	126 000
5	Śmierć spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy*	184 000	184 000	126 000
6	Śmierć spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym przy pracy*	224 000	224 000	166 000
7	Osierocenie dziecka	5 000	5 000	3 200
8	Śmierć małżonka/partnera naturalna lub spowodowana chorobą	24 000	24 000	14 000
9	Śmierć małżonka/partnera spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem*	38 000	38 000	24 000
10	Śmierć dziecka – bez względu na wiek	3 500	3 800	2 200
11	Śmierć dziecka spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem*	7 000	7 600	4 400
12	Śmierć rodziców/teściów	2 200	2 800	1 400
13	Urodzenie dziecka	1 200	brak lub wartość minimalna według oferty Wykonawcy**	700
14	Urodzenie martwego dziecka	2 400	brak lub wartość minimalna według oferty Wykonawcy**	1 400
15	Trwały uszczerbek w wyniku nieszczęśliwego wypadku – za 1% t. u	560	560	320
16	Trwały uszczerbek spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu – za 1% t. u	560	560	320
17	Wystąpienie ciężkiej choroby ubezpieczonego	5 000	6 000	3 000
18	Wystąpienie ciężkiej choroby u współmałżonka/partnera	2 000	2 000	2 000
19	Wystąpienie ciężkiej choroby u dziecka	2 500	2 500	2 500
20	Operacje chirurgiczne (w zależności od rodzaju operacji) - suma ubezpieczenia	3 500	4 500	2 500
Leczenie szpitalne ubezpieczonego spowodowane:				
21	Chorobą	55	70	45
22	Nieszczęśliwym wypadkiem* do 14 dni	137,50	175	112,50
23	Zawałem serca lub udarem mózgu* do 14 dni	82,50	105	67,50
24	Wypadkiem komunikacyjnym* do 14 dni	165	210	135
25	Wypadkiem przy pracy* do 14 dni	165	210	135
26	Wypadkiem komunikacyjnym przy pracy* do 14 dni	192,50	245	157,50
27	Nieszczęśliwym wypadkiem, wypadkiem	55	70	45

	komunikacyjnym, wypadkiem przy pracy, zawałem serca lub udarem mózgu powyżej 14 dni			
28	Pobyt w szpitalu na OIT/OIOM – minimum 48 godz. – wypłata jednorazowa	600	780	504
29	Rekonwalescencja – trwający bezpośrednio, po co najmniej 12 dniowym pobycie w szpitalu, pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym przez ten szpital – za każdy dzień zwolnienia – max. 30 dni	25	32,50	20
30	Leczenie specjalistyczne (chemioterapia lub radioterapia, terapia interferonowa, wszczepienie kardiowertera/defibrylatora, wszczepienie rozrusznika serca, ablacja, dializoterapia)	2 000	2 000	2 000
31	Refundacja zakupów dokonanych w aptece	200	200	200
32	Trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji	30 000	30 000	30 000
33	Prawo do indywidualnej kontynuacji	TAK	TAK	TAK

***PODANE W TABELI WYSOKOŚCI ŚWIADCZEŃ SĄ WARTOŚCIAMI SKUMULOWANYMI**

****ŚWIADCZENIA NIE SĄ PUNKTOWANE**

8. KLAUZULE FAKULTATYWNE:

Nazwa klauzuli	Treść klauzuli	Liczba punktów
Klauzula pełnego zniesienia karencji dla partnerów życiowych pracowników Zamawiającego.	Wykonawca znieśli karencje na wszystkie świadczenia dla partnerów życiowych (dotychczas ubezpieczonych jak i nieubezpieczonych) przystępujących do ubezpieczenia w ciągu trzech miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w wyniku niniejszego przetargu oraz w ciągu trzech miesięcy od daty zatrudnienia pracownika.	2
Klauzula funduszu prewencyjnego	Wykonawca deklaruje przyznanie jednorazowego dofinansowania ze środków funduszu prewencyjnego w kwocie 20 000,00 PLN /słownie PLN: czterdzieści tysięcy złotych dla Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 2 PUM w Szczecinie w okresie od 01.07.2017 do 30.11.2017, przy założeniu, że cel prewencyjny, na który zostaną przekazane środki zostanie zaakceptowany przez Wykonawcę a wszystkie czynności, które zostaną podjęte w związku z przyznaniem środków zrealizowane zostaną w oparciu o uregulowania wewnętrzne Wykonawcy oraz z uwzględnieniem obowiązków ustawowych spoczywających na Wykonawcy (Ubezpieczycielu) obowiązujących w dniu podpisania umowy prewencyjnej.	4
Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność Wykonawcy za pobyt ubezpieczonego w szpitalu celem leczenia wybranych schorzeń.	Wykonawca obejmie swoją odpowiedzialnością również pobyt w szpitalu spowodowany koniecznością przeprowadzenia badań diagnostycznych, leczeniem dyskopatii, zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa i stawów, reumatoidalnego zapalenia stawów oraz chorób stawu kolanowego	2
Klauzula wydłużenia okresu wypłaty świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu.	Wykonawca wydłuży maksymalny okres pobytu w szpitalu, za który wypłacane jest świadczenie do 180 dni w ciągu roku polisowego.	2
Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność Wykonawcy za pobyt ubezpieczonego w szpitalu rehabilitacyjnym lub na oddziale rehabilitacyjnym.	Wykonawca rozszerza swoją odpowiedzialność do dwóch pobyków ubezpieczonego w szpitalu rehabilitacyjnym lub na oddziale rehabilitacyjnym z całodobową opieką lekarską, związanego z rehabilitacją konieczną do usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku lub	3

	choroby, a który rozpoczął się nie później niż 6 miesięcy po zakończeniu pobytu ubezpieczonego w szpitalu związanego z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą.	
Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność Wykonawcy za pobyt ubezpieczonego w szpitalu w związku z leczeniem depresji i nerwicy.	Wykonawca rozszerza swoją odpowiedzialność o pobyt w szpitalu w celu leczenia depresji – dopuszczalne ograniczenie odpowiedzialności do epizodów depresji ciężkiej zgodnie z klasyfikacją chorób psychicznych ICD 10 oraz o pobyt w szpitalu w celu leczenia nerwicy. łącznie: Tylko depresja: Tylko nerwica:	4 2 2
Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność Wykonawcy za pobyt ubezpieczonego w sanatorium.	Wykonawca uzna swą odpowiedzialność i przyzna świadczenie w przypadku otrzymania przez ubezpieczonego skierowania na leczenie sanatoryjne potwierdzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Świadczenie przyznane będzie tylko jeden raz pomiędzy kolejnymi rocznicami polis. Niezależnie od liczby pobytów ubezpieczonego w sanatorium, jeżeli pobyty te były spowodowane tą samą przyczyną, Wykonawca wypłaci ubezpieczonemu tylko jedno świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w sanatorium. Minimalna kwota świadczenia to 500,00 zł i dotyczy rozszerzenia w przypadku wszystkich trzech wariantów.	3
Klauzula rozszerzająca ochronę ubezpieczeniową o wypłatę świadczenia z tytułu urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną.	Wykonawca przyzna świadczenia z tytułu urodzenia się ubezpieczonemu dziecka w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, u którego stwierdzono wadę wrodzoną wymienioną w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. Świadczenie wypłacane jest w wysokości 100% sumy ubezpieczenia z tytułu wystąpienia jednej wady wrodzonej pod warunkiem ujawnienia się jej nie później niż w trzecim roku życia dziecka. Kwota świadczenia w Wariantcie 1 – 1 300 zł, w Wariantcie 3 – 800 zł, w Wariantcie 2 – brak wymogu stosowania klauzuli.	3
Klauzula dotycząca wypłaty świadczeń z tytułu ciężkiej choroby.	Wykonawca zagwarantuje wypłatę świadczenia za wystąpienie każdej ciężkiej choroby u danego ubezpieczonego wymienionej w ramach zakresu obligatoryjnego, która wystąpi w trakcie trwania umowy ubezpieczenia bez względu na związek przyczynowo – skutkowy. Po wystąpieniu danej choroby odpowiedzialność towarzystwa wygasa w zakresie tej choroby.	3
Klauzula dotycząca urodzenia martwego dziecka przed upływem 22 tygodnia ciąży.	Wykonawca uzna swoją odpowiedzialność za urodzenie martwego dziecka, w rozumieniu przepisów dotyczących porodów i urodzeń, przed upływem 22 tygodnia ciąży, jeżeli urodzenie zostało zarejestrowane.	3
Klauzula urodzenia dziecka z Apgar w przedziale punktowym 0-6.	W przypadku urodzenia się dziecka ubezpieczonemu, którego stan został określony w przedziale 0-6 punktów w skali Apgar wykonawca zobowiązuje się do wypłaty jednorazowego świadczenia w wysokości 1 000 zł (niezależnie od wypłaty świadczenia z tytułu urodzenia dziecka). Nie dotyczy Wariantu 2.	2

Klauzula rozszerzenia katalogu operacji chirurgicznych o zabieg cesarskiego cięcia.	Wykonawca zobowiązuje się do rozszerzenia katalogu operacji chirurgicznych o zabieg cesarskiego cięcia i wypłaty świadczenia w wysokości 10% sumy ubezpieczenia z tytułu operacji chirurgicznych.	2
Klauzula rozszerzenia katalogu operacji chirurgicznych o zabieg związany z leczeniem niepłodności.	Wykonawca zobowiązuje się do rozszerzenia katalogu operacji chirurgicznych o zabieg związany z leczeniem niepłodności i wypłaty świadczenia w wysokości 10% sumy ubezpieczenia z tytułu operacji chirurgicznych.	2
Klauzula rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o chorobę śmiertelną ubezpieczonego.	Wykonawca rozszerza zakres ubezpieczenia o chorobę śmiertelną ubezpieczonego. Choroba śmiertelna oznacza nieuleczalną chorobę ubezpieczonego nie rokującą przeżycia przez ubezpieczonego okresu dłuższego niż 12 miesięcy stwierdzoną przez co najmniej 3 lekarzy. Wysokość świadczenia wynosi 50% wysokości świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego. W przypadku przeżycia przez ubezpieczonego okresu dłuższego niż 12 miesięcy ubezpieczyciel nie zażąda zwrotu wypłaconego świadczenia. Ubezpieczyciel pomniejszy świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego o wartość wcześniej wypłaconego świadczenia z tytułu choroby śmiertelnej.	3
Klauzula rozszerzenie katalogu operacji chirurgicznych o operacje, w których ubezpieczony był dawcą organów lub narządów.	Wykonawca zobowiązuje się do rozszerzenia katalogu operacji chirurgicznych o operacje, w których ubezpieczony był dawcą organów lub narządów i wypłaty świadczenia w wysokości 10% sumy ubezpieczenia z tytułu operacji chirurgicznych.	2

Wszelkie dane i informacje zawarte w niniejszym Załączniku podano według stanu na dzień 16.03.2017 r. (o ile nie podano innej daty).