

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

„Usługa ubezpieczenia grupowego dla pracowników Okręgowego Inspektoratu Pracy w Szczecinie”

1. Przedmiotem zamówienia jest zapewnienie wykonania usługi ubezpieczenia grupowego dla pracowników Okręgowego Inspektoratu pracy w Szczecinie.
2. W sprawach nieuregulowanych w Zapytaniu Ofertowym zastosowanie mają postanowienia kodeksu cywilnego oraz OWU Wykonawcy.
3. Zapisy w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia oraz Szczegółowych Warunkach Ubezpieczenia nie są obowiązujące w zakresie – w jakim pozostają one w sprzeczności z dokumentami Zapytania ofertowego i jeżeli prowadzą do ograniczenia uprawnień ubezpieczonego w stosunku do treści Zapytania ofertowego,
4. W przypadku rozbieżności pomiędzy zapisami OWU lub SWU Wykonawcy a treścią Zapytania Ofertowego pierwszeństwo mają zapisy Zapytania Ofertowego. Zapisy OWU lub SWU korzystniejsze dla ubezpieczonego niż postanowienia Zapytania ofertowego mają zastosowanie według wyboru Zamawiającego.
5. Osobami uprawnionymi do przystąpienia do ubezpieczenia na warunkach określonych w zapytaniu są:
 - 1) pracownicy,
 - 2) współmałżonkowie albo partnerzy życiowi pracowników,
 - 3) pełnoletnie dzieci pracowników(Przez pracownika rozumie się osobę zatrudnioną w Okręgowym Inspektoracie Pracy w Szczecinie)
6. Do ubezpieczenia mogą przystąpić osoby, które w dniu składania deklaracji przystąpienia ukończyły 18 rok życia i nie ukończyły 66 roku życia.
7. Wykonawca obejmie ochroną ubezpieczeniową wszystkie osoby dotychczas ubezpieczone w obowiązującej umowie ubezpieczenia, bez względu na ich wiek. Oznacza to, że osoby obecnie objęte ochroną ubezpieczeniową u Ubezpieczającego, które ukończyły 66 rok życia i nadal są pracownikami Zamawiającego (Ubezpieczającego) mogą również przystąpić do ubezpieczenia grupowego u Ubezpieczającego zawartego na podstawie niniejszego postępowania (pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony i opłaty składki) i objęte będą ochroną ubezpieczeniową na warunkach grupowego ubezpieczenia Wykonawcy (tych samych warunkach co dla pozostałych osób, które nie ukończyły 66 r.ż.), którego oferta zostanie wybrana jako najkorzystniejsza. Aktualnie ubezpieczeni członkowie rodzin będą mogli pozostać w ubezpieczeniu grupowym

zawartym na podstawie niniejszego postępowania maksymalnie do ukończenia 75 roku życia.

8. Podana liczba osób zatrudnionych nie oznacza zobowiązania Zamawiającego, że wszystkie osoby przystąpią do ubezpieczenia.
9. Przystępowanie przez uprawnione osoby do ubezpieczenia oraz decydowanie w zakresie rezygnacji z ubezpieczenia albo indywidualnej kontynuacji ma charakter dobrowolny.
10. Ubezpieczony ma prawo w każdej chwili zrezygnować z ubezpieczenia, składając Zamawiającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji, która skutkuje końcem odpowiedzialności z upływem ostatniego dnia miesiąca, za jaki przekazano składkę.
11. Z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w niniejszym dokumencie dopuszczalne jest zastosowanie następujących maksymalnych okresów karencji: 6 miesięcznego okresu karencji w pełnym zakresie ubezpieczenia z wyjątkiem następujących maksymalnych okresów karencji dla poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych:
 - 1) leczenie szpitalne (karencja 1 miesiąc)
 - 2) urodzenie się dziecka (karencja 9 miesięcy),
 - 3) urodzenie martwego dziecka (karencja 6 miesięcy)
 - 4) poważne zachorowanie ubezpieczonego (karencja 3 miesiące),
 - 5) poważne zachorowanie małżonka ubezpieczonego (karencja 3 miesiące),
 - 6) operacja chirurgiczna (karencja 3 miesiące),
 - 7) leczenia specjalistyczne (karencja 1 miesiąc).
12. W stosunku do nieszczęśliwych wypadków oraz zdarzeń ubezpieczeniowych stanowiących ich skutki stosowanie karencji nie jest dopuszczalne.
13. Ubezpieczyciel zobowiązany jest objąć każdą uprawnioną osobę ochroną bez zastosowania okresów karencji, jeżeli ubezpieczony wypełni deklarację przystąpienia do ubezpieczenia i przekaze ją ubezpieczycielowi przed upływem okresu 3 miesięcy od dnia zawarcia umowy pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcą albo od dnia zatrudnienia u Zamawiającego.
14. Ubezpieczyciel zobowiązany jest objąć pełnoletnie dziecko ubezpieczonego ochroną bez zastosowania okresów karencji, jeżeli przystąpi ono do ubezpieczenia przed upływem 3 miesięcy od dnia uzyskania pełnoletności.
15. Ubezpieczyciel zobowiązany jest objąć małżonka ubezpieczonego ochroną bez zastosowania okresów karencji, jeżeli przystąpi on do ubezpieczenia przed upływem 3 miesięcy od dnia zawarcia małżeństwa.
16. Osoba uprawniona do skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej może wybrać dowolny wariant ubezpieczenia oraz do wykupić dowolne klauzule dostępne za dopłatą.
17. Uprawnieni do uzyskania ochrony ubezpieczeniowej nie będący osobami zatrudnionymi przez Zamawiającego:
 - 1) nie mogą zostać objęci ubezpieczeniem jeżeli z ubezpieczenia nie skorzysta osoba zatrudniona, z którą powiązanie umożliwia uprawnionemu skorzystanie z ochrony ubezpieczeniowej,

18. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje zdarzeń, których przyczyny (wypadki lub choroby) miały miejsce przed początkiem okresu ubezpieczenia.
19. Ograniczenie dotyczące Pre-existingu zostaje zniesione wobec osób które były ubezpieczone w poprzedniej umowie ubezpieczenia u Ubezpieczającego i przeszły do nowej umowy z zachowaniem ciągłości opłacania składki.
20. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje zdarzenia związane (związek przyczynowo-skutkowy) z uprawianiem sportu, w tym również uprawianiem sportu w ramach klubów sportowych lub uczestnictwem w zawodach sportowych oraz treningach przygotowujących do tych zawodów. Oznacza to, że ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności w OWU Ubezpieczyciela dotyczące uprawiania sportu i uczestnictwa w zawodach sportowych (wyczynowego uprawiania sportu) nie mają zastosowania.
21. Dopuszcza się, aby ochrona ubezpieczeniowa nie obejmowała odpowiedzialności za zdarzenia, które miały miejsce w następstwie lub w związku z uprawianiem sportów ekstremalnych takich jak sporty motorowe, motorowodne, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, paralotniarstwo, spadochroniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty lotnicze lub w związku z czynnym udziałem w wyścigach lub rajdach motorowych, motorowodnych i motokrosowych.
22. Zapisy OWU Wykonawcy dotyczące wyłączenia odpowiedzialności w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa w okresie 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia nie mają zastosowania, jeżeli osoba ubezpieczona przed przystąpieniem do niniejszej umowy ubezpieczenia była objęta grupowym ubezpieczeniem na życie u Ubezpieczającego z zachowaniem ciągłości ochrony oraz opłacania składki, a okres udzielanej ochrony na podstawie aktualnej oraz poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego trwał co najmniej 2 lata. Niniejszy zapis dotyczy wszystkich świadczeń związanych ze śmiercią ubezpieczonego, śmiercią małżonka lub partnera życiowego oraz śmiercią dziecka ubezpieczonego.
23. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje zdarzenia związane z wystąpieniem u ubezpieczonego chorób zakaźnych, w tym choroby COVID-19, tzn. nie jest możliwe stosowanie przez Wykonawcę wyłączenia lub ograniczeń odpowiedzialności w tym zakresie.
24. Nie mają zastosowania wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności związane z wystąpieniem epidemii lub pandemii, jeżeli takie znajdują się w OWU Wykonawcy.
25. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje także świadczenia będące następstwem lub mające związek z udziałem osoby ubezpieczonej lub członków jego rodziny w badaniach klinicznych w zakresie następujących zdarzeń ubezpieczeniowych: zgon Ubezpieczonego, zgon małżonka Ubezpieczonego, zgon rodziców Ubezpieczonego/zgon rodziców małżonka Ubezpieczonego, zgon dziecka, osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego.

26. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do ubezpieczenia osób, które w dacie zawarcia umowy przebywają na zwolnieniu lekarskim, urlopie macierzyńskim, urlopie wychowawczym, urlopie bezpłatnym, przebywają w szpitalu lub posiadają orzeczenie o niezdolności do pracy, o ile osoby te były objęte ubezpieczeniem (min. 3 miesiące) w ramach poprzedniego ubezpieczenia funkcjonującego u Ubezpieczającego, pod warunkiem zachowania ciągłości odpowiedzialności pomiędzy dotychczasowym a nowym ubezpieczeniem.
27. W zakresie weryfikacji stanu zdrowia Ubezpieczyciel jest uprawniony jedynie do żądania oświadczenia o stanie zdrowia.
28. Ubezpieczyciel nie będzie wymagał przedstawienia oświadczenia o stanie zdrowia od osób dotychczas ubezpieczanych przez Zamawiającego pod warunkiem zachowania ciągłości opłacania składki.
29. Składka z tytułu ubezpieczenia pracownika oraz innych ubezpieczonych, którzy będą uprawnieni do uzyskania ochrony na podstawie powiązania z tym pracownikiem będzie potrącana z jego wynagrodzenia za jego zgodą.
30. Wysokość składki ubezpieczeniowej za jedną osobę za określony wariant wskazana w ofercie obowiązuje na cały zakres ubezpieczenia i nie podlega zmianom.
31. Składka za jedną osobę przez cały okres ubezpieczenia jest niezmienna.
32. Składka na ubezpieczenie będzie płatna przez okres realizacji zamówienia w cyklu miesięcznym (Okresem rozliczeniowym jest jeden miesiąc).
33. Składki będą przekazywane z góry do końca miesiąca, za który są należne.
34. Nieopłacenie składki przez Ubezpieczającego w całości lub w części w terminie, nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia ani zawieszenia udzielanej ochrony ubezpieczeniowej pod warunkiem, że składka za ubezpieczenie grupowe zostanie przekazana do końca następnego miesiąca następującego po okresie rozliczeniowym za który jest należna. Powyższy zapis nie dotyczy zapłaty pierwszej raty składki, której wpłata w terminie jest niezbędna do nadania początku odpowiedzialności.
35. Za datę wpłaty składki przyjmuje się datę uznania rachunku bankowego Ubezpieczyciela.
36. Wysokość miesięcznej składki będzie iloczynem aktualnej liczby ubezpieczonych oraz miesięcznej składki zaoferowanej przez Ubezpieczyciela za wybrane przez ubezpieczonych warianty ubezpieczenia.
37. Osoby przebywające na zwolnieniu lekarskim, urlopie macierzyńskim, urlopie wychowawczym lub urlopie bezpłatnym będą wpłacały swe składki na konto Ubezpieczającego, ten zaś będzie przekazywał Wykonawcy jednolitą składkę za wszystkie osoby ubezpieczone.
38. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wystawienia dla wszystkich osób ubezpieczonych indywidualnych certyfikatów, potwierdzających zawarcie polis.
39. Ubezpieczyciel zobowiązuje się do nieodpłatnego udostępnienia elektronicznego systemu obsługi polisy. System ten, poprzez łącza internetowe, usprawniać musi obsługę polis, umożliwiając dokonywanie w drodze elektronicznej, co najmniej następujących czynności:

- 1) wprowadzanie deklaracji przystąpienia i deklaracji zmiany,
 - 2) zatwierdzanie rozliczeń miesięcznych,
 - 3) dostęp on-line do danych o wpłatach składki, przypisie oraz saldzie polisy.
40. Ubezpieczonym, po min. 6 miesięcznym okresie pozostawania w ubezpieczeniu grupowym, przysługuje prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, na zasadach określonych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Wykonawcy.
41. Do okresu uprawniającego do skorzystania z indywidualnej kontynuacji wliczany będzie okres obejmowania ochroną danego ubezpieczonego w ramach aktualnie obowiązującej u Ubezpieczającego umowy ubezpieczenia.
42. Osoba dotychczas ubezpieczona w ubezpieczeniu grupowym może przystąpić do ubezpieczenia na warunkach indywidualnej kontynuacji w terminie do 6 miesięcy od wygaśnięcia ochrony w ramach ubezpieczenia grupowego, przy czym dla osób które przystąpią do ubezpieczenia na warunkach indywidualnej kontynuacji w terminie do 3 miesięcy od wygaśnięcia ochrony w ramach ubezpieczenia grupowego zniesione zostają karencje, jeżeli mają zastosowanie zgodnie z OWU Ubezpieczyciela.
43. Ubezpieczyciel wykona zobowiązania odszkodowawcze najpóźniej w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu objętym odpowiedzialnością. W przypadku, gdy wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do ubezpieczonego albo wysokości zobowiązania okazało się niemożliwe, Ubezpieczyciel wykonuje zobowiązania w terminie 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, nie później jednak niż w terminie 60 dni od zgłoszenia szkody (zawiadomienia Ubezpieczyciela o wystąpieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową). Termin 60-dniowy na ostateczną wypłatę świadczenia nie obowiązuje, jeżeli poszkodowany (ubezpieczony) lub uprawniony z umowy ubezpieczenia nie dostarczył dokumentów, o które wystąpił Ubezpieczyciel, a które mają wpływ na ustalenie wysokości szkody lub odpowiedzialności za zdarzenie lub gdy nie zakończyło się leczenie Ubezpieczonego, co uniemożliwia ustalenie ostatecznej wysokości świadczenia oraz gdy ustalenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokość należnego świadczenia zależy od toczącego się postępowania karnego lub cywilnego.
44. Zamawiający dopuszcza możliwość wypłaty świadczenia bez konieczności przeprowadzania badania lekarskiego. Wypłata świadczenia następuje na podstawie zgłoszenia roszczenia i zaocznej oceny na podstawie kompletnej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia. Na uzasadniony wniosek ubezpieczonego zapewniona zostanie możliwość przeprowadzenia badania lekarskiego.
45. Ubezpieczyciel gwarantuje, że jeżeli powstanie konieczność przeprowadzenia badania lekarskiego, zostanie ono zorganizowane w dogodnym miejscu dla Ubezpieczonego, zaakceptowanym przez Ubezpieczyciela (nie dalej niż 30 kilometrów od siedziby Zamawiającego albo Oddziału Zamawiającego w zależności, gdzie zatrudniony jest albo

był pracownik, który był ubezpieczony albo z którym powiązanie umożliwiło ubezpieczonemu zawarcie polisy.

46. Zamawiający zobowiązuje się do informowania Ubezpieczyciela o każdej zmianie dotyczącej pracowników objętych umową ubezpieczenia w terminie 14 dni od daty zmiany (w szczególności dotyczy to przypadków: zwolnienia z pracy, cofnięcia upoważnienia do potrącania składek, zmiany adresu zamieszkania ubezpieczonego pracownika). W oparciu o tę informację Ubezpieczyciel dokona stosownych zmian w zakresie liczby ubezpieczonych i wysokości składki.
47. Ubezpieczyciel za czynności związane z przygotowaniem deklaracji pracowników przystępujących do ubezpieczenia oraz przekazaniem ich Wykonawcy, zapłaci na podstawie umowy zlecenia wynagrodzenia osobie, której powierzone zostaną wyżej wymienione zadania, w wysokości nie mniejszej niż 5 zł za jedną deklarację. Po przekazaniu deklaracji kwota wynagrodzenia zostanie wypłacona jednorazowo, na konto wskazane przez osobę, która wykonała powyższe czynności. Wynagrodzenie za czynności przygotowawcze zostanie również wypłacone, osobie prowadzącej ubezpieczenia grupowe u Ubezpieczającego, jeżeli osoby przystępujące do ubezpieczenia wypełnią ją w wersji elektronicznej (tzw. e-deklaracje).

48. Zastosowanie znajdują następujące definicje:

1) **Dziecko ubezpieczonego** - dziecko własne lub przysposobione w wieku do 25 roku życia. W przypadku możliwości objęcia ochroną pełnoletniego dziecka, zastosowanie będzie miała definicja: pełnoletnie dziecko - dziecko własne, przysposobione lub pasierb (jeżeli nie żyje ojciec lub matka) Ubezpieczonego pracownika, które w dniu przystąpienia do ubezpieczenia ukończyło 18 rok życia.

2) **Leczenie specjalistyczne** – świadczenie obejmujące wystąpienie u ubezpieczonego leczenia specjalistycznego, które rozpoczęło się okresie ubezpieczenia. Leczenie specjalistyczne obejmuje chemioterapię, radioterapię za pomocą promieniowania jonizującego (fotonowego, elektronowego, protonowego), dializoterapię, ablację, radioterapię Gamma Knife lub Cyber Knife, terapię interferonową, terapię radiojodem nienowotworowych chorób tarczycy, wszczepienie kardiowertera/defibrylatora, wszczepienie rozrusznika serca, wszczepienie stymulatora resynchronizującego. Świadczenie wypłacane jest w wysokości 100% sumy ubezpieczenia dla tego świadczenia.

3) **Małżonek Ubezpieczonego** - osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu przepisów kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do której nie została, na dzień zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, prawomocnie orzeczona separacja. Za małżonka uważa się również partnera życiowego, czyli wskazaną w deklaracji przystąpienia Ubezpieczonego podstawowego osobą nie będącą w formalnym związku małżeńskim, pozostającą z Ubezpieczonym podstawowym – również nie będącym w

formalnym związku małżeńskim – we wspólnym pożyciu; partner życiowy nie może być spokrewniony z Ubezpieczonym podstawowym.

4) **Nieszczęśliwy wypadek** - niezależne od woli i stanu zdrowia osoby, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, będące wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela.

5) **OIOM** - oddział intensywnej opieki medycznej, oddział intensywnej terapii lub wydzielona sala intensywnego nadzoru, prowadzony przez lekarzy specjalistów intensywnej terapii i anestezjologii, zapewniający przez 24 godziny na dobę specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgnarską, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt, umożliwiający całodobowe monitorowanie i wspomaganie czynności życiowych, przeznaczony do leczenia chorych w stanach zagrożenia życia (za OIOM uważa się również OIOK - oddział intensywnej opieki kardiologicznej oraz OION – oddział intensywnej opieki neurologicznej).

6) **Operacja chirurgiczna** - zabieg chirurgiczny wykonany w publicznej lub niepublicznej placówce medycznej. Świadczenie wypłacane będzie bez względu na czas pobytu w placówce medycznej oraz rodzaj placówki (lecznictwo zamknięte lub lecznictwo otwarte) jak również przyjętą metodę operacji tj. metodą endoskopową, otwartą, zamkniętą. Najniższe świadczenie z tytułu przeprowadzenia operacji chirurgicznej nie może być niższe niż podane w tabeli „wysokość świadczeń”. Wysokość świadczeń uzależniona będzie od rodzaju (stopnia trudności) operacji, według katalogu operacji obowiązującego u Wykonawcy, zgodnie z OWU Wykonawcy. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje wykonanie w okresie ubezpieczenia operacji chirurgicznych, jeżeli istniały w stosunku do nich wskazania medyczne warunkujące konieczność ich wykonania w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby albo zmniejszenia skutków nieszczęśliwego wypadku, przy czym w celu uzyskania świadczenia z tytułu operacji chirurgicznej nie jest konieczne przekazywanie Ubezpieczycielowi kserokopii skierowania na operację, ale wystarczy przekazanie kserokopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przeprowadzenie operacji chirurgicznej wraz ze wskazaniem, jaka była przyczyna przeprowadzenia tej operacji.

7) **Partner** - wskazana w deklaracji przystąpienia Ubezpieczonego podstawowego 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.

8) **Pobyt w szpitalu** - całodobowy pobyt w szpitalu położonym na terenie państwa należącego do Unii Europejskiej w celu leczenia, trwający nieprzerwanie co najmniej 2 dni wskutek zdarzenia innego niż nieszczęśliwy wypadek, a jeśli pobyt spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem za pobyt trwający co najmniej 1 dzień.

Wypłata świadczenia nastąpi od 1. dnia pobytu w szpitalu. Czas pobytu w szpitalu określa się na podstawie daty przyjęcia i daty wypisania ze szpitala. Świadczenie za pobyt w szpitalu będzie wypłacone przez okres co najmniej 120 dni w okresie każdego roku, liczonego od daty wejścia w życie polisy. Świadczenie wypłacane jest nawet w przypadkach, gdy pobyt w szpitalu spowodowany jest zdarzeniem lub chorobą zdiagnozowaną u Ubezpieczonego przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej oraz kiedy rozpoczął się przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej oraz w przypadku, gdy pobyt spowodowany jest ponownym wystąpieniem tej samej choroby. Jeżeli pobyt w szpitalu rozpoczął się przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy zawartej na podstawie niniejszego postępowania przetargowego, Wykonawca zapłaci świadczenie za pobyt w szpitalu tylko za te dni pobytu w szpitalu, w których udzielał on ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu. Wykonawca nie będzie stosować wyłączenia leczenia dyskopatii lub zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, chorób zwyrodnieniowych stawów, reumatoidalnego zapalenia stawów, chorób stawu kolanowego. Wykonawca nie może stosować wyłączenia dotyczącego pobytu w szpitalu w związku z ciążą, jeżeli pobyt w szpitalu był związany ze stanem chorobowym matki lub dziecka lub zagrożeniem ciąży.

9) **Poważne zachorowanie** – zdarzenie dotyczące zdrowia, zaistniałe w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Minimalny katalog poważnych chorób uprawniający do świadczenia opisany został poniżej. Wypłata następuje jeden raz za pierwszy przypadek zachorowania na daną poważną chorobę w wysokości 100% sumy ubezpieczenia za to świadczenie. Z odpowiedzialności Wykonawcy wyłączone są ciężkie choroby zdiagnozowane przed przystąpieniem do ubezpieczenia.

Anemia aplastyczna	Tężec
Bąblowiec mózgu	Udar
Borelioza	Wścieklizna
Zabieg chirurgiczny na naczyniach wieńcowych	Stwardnienie rozsiane
Choroba Creutzfeldta-Jakoba	Zakażenie wirusem HIV
Choroba neuronu ruchowego	Zawał serca
Gruźlica	Zgorzel gazowa
Masywny zator tętnicy płucnej	Oparzenie
Niewydolność nerek	Transplantacja organów
Nowotwór złośliwy	Utrata wzroku
Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu	Utrata słuchu
Ropień mózgu	Oponiak

Sepsa	Choroba Parkinsona
-------	--------------------

- 10) **Szpital** - publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej udzielający świadczeń w formie leczenia stacjonarnego, zamkniętego.
- 11) **Zgon Ubezpieczonego** – śmierć ubezpieczonego, w tym zgon naturalny.
- 12) **Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** - śmierć ubezpieczonego, będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ubezpieczenia. Niniejsza definicja dotyczy także zgonu małżonka Ubezpieczonego wskutek NW, zgonu rodziców Ubezpieczonego/rodziców małżonka Ubezpieczonego wskutek NW oraz zgonu dziecka wskutek NW.
- 13) **Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego** - śmierć ubezpieczonego będąca następstwem wypadku komunikacyjnego zaistniałego w okresie ubezpieczenia. Niniejsza definicja również obowiązuje w przypadku, gdy wypadek komunikacyjny jest jednocześnie wypadkiem przy pracy.
- 14) **Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy** - śmierć ubezpieczonego będąca następstwem wypadku, który nastąpił podczas lub w związku z wykonywaniem czynności w ramach stosunku pracy albo stosunku cywilnoprawnego, w ramach którego Zamawiający opłaca składki na ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych, jeśli nieszczęśliwy wypadek zaistniał w okresie ubezpieczenia.
- 15) **Zgon ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu** – śmierć ubezpieczonego będąca następstwem zawału serca lub udaru mózgu zaistniałego w okresie ubezpieczenia, tj. data rozpoznania zawału serca lub udaru mózgu wskazana w diagnozie lekarskiej występuje w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Świadczenie zostanie wypłacone niezależnie od tego, czy choroby będące przyczyną zawału serca lub udaru mózgu były zdiagnozowane lub leczone przed objęciem ubezpieczonego ochroną z tego tytułu.
- 16) **Zgon Dziecka** – zaistniała w okresie odpowiedzialności Wykonawcy śmierć dziecka, które nie ukończyło 25-go roku życia. Świadczenie za zgon dziecka jest wypłacane przez Ubezpieczyciela niezależnie od tego czy uczęszczał on do szkoły, czy też nie.
- 17) **Zgon noworodka** - urodzenia martwego dziecka w rozumieniu przepisów dotyczących porodów i urodzeń, jeżeli urodzenie zostało zarejestrowane.
- 18) **Trwała niezdolność do pracy** – oznacza niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji rozumiana jako naruszenie sprawności organizmu powodująca konieczność stałej i długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokojeniu podstawowych potrzeb życiowych, orzekana przez lekarza orzecznika właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu

społecznym, względem osoby, która całkowicie utraciła zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy na okres co najmniej 12 miesięcy. Świadczenie wypłacane jest w wysokości 100% sumy ubezpieczenia.

19) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** - trwałe, nie rokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji.

20) **Udar mózgu** - incydent naczyniowo-mózgowy skutkujący wystąpieniem objawów neurologicznych związanych z nagłym wystąpieniem ogniskowego lub uogólnionego zaburzenia czynności mózgu, powstały w wyniku zaburzenia krążenia mózgowego wywołanego przyczynami naczyniowymi, rozumianymi jako wylew krwi do mózgu lub zatrzymaniem dopływu krwi do mózgu i prowadzący do trwałych ubytków neurologicznych. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za udar, jeżeli przed początkiem odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego zdiagnozowano udar mózgu, przemijające niedokrwienie mózgu tzw. TIA, miażdżycę naczyń mózgowych.

21) **Urodzenie się dziecka** - urodzenie się dziecka żywego.

22) **Wypadek komunikacyjny** - każdy wypadek wywołany ruchem pojazdu na drodze, z udziałem ubezpieczonego, jako uczestnika ruchu, kierowcy, pasażera; z tym, że określenia: *ruch pojazdu, pojazd, kierowca, uczestnik, droga* występują w rozumieniu zgodnym z obowiązującymi przepisami prawa o ruchu drogowym. Pojazdem jest również tramwaj. Za wypadek komunikacyjny przyjmuje się również wypadek wywołany ruchem pojazdu kolejowego, trakcyjnego, w tym metra, a także w związku z eksploatacją statku powietrznego koncesjonowanych linii lotniczych oraz statku wodnego, którego ubezpieczony był pasażerem lub członkiem załogi, a statek zatonął, został uszkodzony albo zaginął i nie został odnaleziony.

23) **Zawał serca** - martwica części mięśnia sercowego spowodowana nagłym zmniejszeniem dopływu krwi do tej części mięśnia sercowego.

49. Klauzule do wykupienia przez ubezpieczonego za dodatkową dopłatą

1) **Klauzula rozszerzenia listy chorób w ramach świadczenia za poważne zachorowanie ubezpieczonego** - rozszerzenie listy chorób o dodatkowe jednostki chorobowe, wymienione poniżej:

(Przy czym dopuszcza się stosowanie definicji ww. jednostek chorobowych zgodnie z zapisami OWU Ubezpieczyciela).

Chirurgiczne leczenie aorty brzusznej	Zakażona martwica trzustki
Chirurgiczne leczenie aorty piersiowej	Bakteryjne zapalenie wsierdza
Choroba Huntingtona	Utrata mowy
Schyłkowa niewydolność wątroby	Śpiączka
Utrata kończyny wskutek choroby	Paraliż co najmniej dwóch kończyn
Leczenie wady serca (wszczepienie	Ciężki uraz głowy

zastawki serca)	
Bezpłodność spowodowana chorobą	Choroba Alzheimera
Bakteryjne zapalenie mózgu lub opon rdzeniowo-mózgowych	Toksoplazmoza

- 2) Klauzula rozszerzenia zakresu terytorialnego za świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu – zakres terytorialny zostaje rozszerzony na cały świat.
- 3) Klauzula dodatkowa na wypadek urodzenia się dziecka Ubezpieczonego z Apgar poniżej 5 – świadczenie obejmuje urodzenie się w okresie ubezpieczeniowym dziecka w stanie zdrowia określonym w skali Apgar poniżej 5. Wysokość świadczenia w tym zakresie zostanie powiększona o 1000,00 zł. Pod uwagę brany będzie ostatni z dokonywanych pomiarów i będzie on świadczył, że noworodek urodził się w skali Apgar poniżej 5 pkt.
- 4) Klauzula rozszerzenia katalogu operacji chirurgicznej – Wykonawca rozszerzy katalog operacji chirurgicznych o zabieg cesarskiego cięcia i wypłaci świadczenie jak za najniższą wartość operacji chirurgicznej.
- 5) Klauzula pobytu w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym – Wykonawca wypłaci świadczenie za pobyt w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym, będący pierwszym pobytem po chorobie lub nieszczęśliwym wypadku, w celu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku lub choroby. Pobyt ten musi się rozpocząć w ciągu pierwszych 6 miesięcy od daty wystąpienia choroby lub nieszczęśliwego wypadku.
- 6) Klauzula rozszerzająca definicję urodzenia dziecka – Wykonawca wypłaci świadczenie z tytułu urodzenia dziecka w przypadku adopcji dziecka, pod warunkiem, że dziecko nie ukończyło 3 roku życia w dniu uprawomocnienia się orzeczenia o adopcji. Zamawiający wyjaśnia, że urodzenie dziecka nie musi nastąpić w trakcie odpowiedzialności Wykonawcy a jedynie prawne przysposobienie.
- 7) Klauzula wydłużenia okresu rekonwalescencji – Wykonawca wydłuży z 30 do 45 dni maksymalny czas pobytu na zwolnieniu lekarskim, za który wypłaci świadczenie rekonwalescencji.
- 8) Klauzula świadczenia bólowego – dla ubezpieczenia „trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem” zakres świadczeń zostaje rozszerzony o świadczenie „bólów” z tytułu uszkodzeń (urazów) ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku, które wymagały interwencji lekarskiej w placówce medycznej i co najmniej jednej wizyty kontrolnej, ale nie zostały zakwalifikowane do uszkodzenia ciała (uszczerbku na zdrowiu) na podstawie obowiązującej w ofercie ubezpieczenia tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała. Świadczenie wypłacane na rzecz Ubezpieczonego na podstawie niniejszej klauzuli wynosi 0,5% sumy ubezpieczenia dla „trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem”.

- 9) Klauzula włączenia otwartego katalogu operacji chirurgicznych – na mocy niniejszej klauzuli zakres świadczeń z tytułu Operacji Chirurgicznych zostaje rozszerzony o świadczenie w tytułu operacji chirurgicznej, która nie jest wymieniona w katalogu operacji obowiązującego u Wykonawcy (zgodnie z OWU Wykonawcy) – tzw. otwarty katalog operacji chirurgicznych. W przypadku operacji chirurgicznej u Ubezpieczonego, która nie jest wymieniona w katalogu operacji w OWU Wykonawcy świadczenie zostanie wypłacone przez Wykonawcę (Ubezpieczyciela) w wysokości najniższej pojedynczej wypłaty z tytułu operacji chirurgicznej w danym wariancie, zgodnie z ofertą Wykonawcy.
- 10) Klauzula alkoholowa – na mocy niniejszej klauzuli zakres ochrony obejmuje także zdarzenia powstałe u ubezpieczonego (członka rodziny ubezpieczonego), będącego w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości. Ochrona na podstawie niniejszej klauzuli nie obejmuje wypadku komunikacyjnego lub wypadku w pracy spowodowanego przez ubezpieczonego (członka rodziny ubezpieczonego) będącego w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, jeżeli stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego lub wypadku w pracy.
- 11) Klauzula zniżki na ubezpieczenia majątkowe – na mocy niniejszej klauzuli Wykonawca gwarantuje dla osób przystępujących do ubezpieczenia grupowego (Ubezpieczonych) uzyskanie dodatkowo zniżki składki w wysokości minimum 5% na prywatne ubezpieczenia majątkowe zawierane przez Ubezpieczonych u Ubezpieczyciela majątkowego (z działu II ubezpieczeń), będącego w jednej grupie kapitałowej z Wykonawcą lub u innego Ubezpieczyciela majątkowego wskazanego w ofercie przez Wykonawcę.

Spis załączników:

- 1) Lista wariantów ubezpieczenia na życie (zdarzenia i sumy),
- 2) Struktura wiekowo-płciowa pracowników zamawiającego