

Nr postępowania: 3015-7.261.18.2025
Załącznik Nr 1 do SWZ

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego pod nazwą:

„Grupowe ubezpieczenie na życie dla pracowników Prokuratury Okręgowej w Katowicach i podległych jej jednostek oraz członków ich rodzin”

I. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA - DANE DO OCENY RYZYKA UBEZPIECZENIOWEGO

Zamówienie obejmuje grupowe ubezpieczenie na życie dla pracowników Prokuratury Okręgowej w Katowicach, prokuratorów w stanie spoczynku oraz członków ich rodzin.

Zakres i warunki ochrony ubezpieczeniowej opisane w niniejszej SWZ i załącznikach są zakresem i warunkami obligatoryjnymi, minimalnymi do zaakceptowania przez Wykonawcę.

Zapisy określone w SWZ mają pierwszeństwo przed postanowieniami zawartymi w ogólnych warunkach ubezpieczenia/ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia i są nadrzędne wobec postanowień OWU/OWDU. W przypadkach nie określonych w SWZ będą miały zastosowanie postanowienia OWU/OWDU.

Zamawiający wyjaśnia, iż szerszy zakres ochrony ubezpieczeniowej nie znajdzie odzwierciedlenia w ocenie ofert.

1. Ubezpieczający

Nazwa: Prokuratura Okręgowa w Katowicach

Adres: ul. Wita Stwosza 31, 40-042 Katowice

Jednostki podległe:

1. Prokuratura Rejonowa w Bytomiu
2. Prokuratura Rejonowa w Chorzowie
3. Prokuratura Rejonowa Katowice-Południe w Katowicach
4. Prokuratura Rejonowa Katowice-Północ w Katowicach
5. Prokuratura Rejonowa Katowice-Wschód w Katowicach
6. Prokuratura Rejonowa Katowice-Zachód w Katowicach
7. Prokuratura Rejonowa w Mikołowie
8. Prokuratura Rejonowa w Mysłowicach
9. Prokuratura Rejonowa w Pszczynie
10. Prokuratura Rejonowa w Siemianowicach Śląskich
11. Prokuratura Rejonowa w Tychach

2. Ubezpieczeni:

Stan zatrudnienia na dzień 15.12.2025r. – 554 pracowników i 45 prokuratorów w stanie spoczynku
--

Liczba pracowników i prokuratorów w stanie spoczynku <u>uprawnionych</u> do przystąpienia do ubezpieczenia stan na dzień 15.12.2025r. - 599 osób		
Liczba aktualnie ubezpieczonych 485 osób	Pracownicy	Członkowie rodziny
Razem	373	112

	Liczba osób aktualnie ubezpieczonych	w tym: zatrudniony pracownik, prokurator w stanie spoczynku (umowa o pracę, umowa cywilnoprawna)	w tym: współubezpieczony (małżonek, partner życiowy, pełnoletnie dziecko)
WARIANT I	52	36	16
WARIANT II	153	125	28
WARIANT III	86	63	23
WARIANT IV	50	38	12
WARIANT V	87	66	21
WARIANT VI	57	45	12
	485	373	112

Struktura pracowników i członków rodziny wg wieku i płci – została określona w Załączniku Nr 3 do SWZ i zostanie udostępniona Wykonawcy na wniosek.

3. Okres ubezpieczenia

36 miesięcy – nie wcześniej niż od 01.07.2026 r.

4. Przedmiot zamówienia

Przedmiotem zamówienia jest odpłatne świadczenie przez Wykonawcę usługi w zakresie dobrowolnego grupowego ubezpieczenia na życie dla pracowników Prokuratury Okręgowej w Katowicach i podległych jej jednostek, prokuratorów w stanie spoczynku oraz członków ich rodzin.

5. Zakres ubezpieczenia

Pracownicy Prokuratury Okręgowej w Katowicach - zwani dalej „pracownikami Zamawiającego” albo zamiennie „pracownikami”) oraz członkowie ich rodzin (małżonkowie, partnerzy oraz pełnoletnie dzieci) będą mogli przystąpić do jednego z sześciu Wariantów grupowego ubezpieczenia na życie, zróżnicowanych zakresem ochrony i wysokością świadczeń.

Obligatoryjny zakres ochrony ubezpieczeniowej, określony rodzajem i wysokością świadczeń dla pięciu grup świadczeń, zwanych dalej Wariant I, Wariant II, Wariant III, Wariant IV, Wariant V i Wariant VI zamieszczony jest w rozdziale VI niniejszego Załącznika. Wariant VI dedykowany jest dla prokuratorów w stanie spoczynku.

6. Uprawnieni do ubezpieczenia, wiek wstępu

Wraz z zawarciem umowy lub w trakcie jej trwania do ubezpieczenia będą mieli prawo przystąpić pracownicy Zamawiającego, prokuratorzy w stanie spoczynku oraz członkowie ich rodzin, którzy w dniu złożenia deklaracji przystąpienia ukończyli 18 rok życia i nie ukończyli 69 roku życia. Osoby dotychczas objęte ubezpieczeniem będą mogły przystąpić do ubezpieczenia bez względu na wiek. Wariant I, Wariant II, Wariant III, Wariant IV oraz Wariant V dedykowane są dla pracowników i członków ich rodzin, Wariant VI dedykowany jest dla prokuratorów

w stanie spoczynku. Osoby, które przystąpią do ubezpieczenia przed ukończeniem 69 roku życia będą objęte pełnym zakresem ochrony ubezpieczeniowej przez cały okres trwania umowy zawartej w drodze niniejszego postępowania. Członkowie rodziny mogą przystąpić do grupowego ubezpieczenia na życie, o ile do ubezpieczenia przystępuje sam pracownik. Członek rodziny pracownika ma prawo wyboru jednego z pięciu Wariantów zgodnego z wyborem pracownika lub Wariantu z niższą składką. Członek rodziny prokuratora w stanie spoczynku ma możliwość przystąpienia do ubezpieczenia w Wariacie VI. Ubezpieczony pracownik wraz z małżonkiem i pełnoletnim dzieckiem mają prawo zmiany Wariantu ubezpieczenia jeden raz w roku w rocznicę polisy, z zastosowaniem wymienionych w pkt. 11 rozdział I okresów karencji w stosunku do różnicy świadczeń wynikających ze zmiany Wariantu. Prokuratorowi, który przejdzie w stan spoczynku przysługuje prawo kontynuacji ubezpieczenia w wybranym wariacie do końca trwania umowy ubezpieczenia.

7. **Poziom partycypacji**

Zamawiający, z uwagi na dobrowolny charakter ubezpieczenia, nie gwarantuje przystąpienia do ubezpieczenia określonej liczby pracowników.

Wykonawca nie będzie uzależniał ważności oferty od poziomu partycypacji.

Zmniejszenie się poziomu partycypacji, poniżej wymaganego poziomu po wejściu w życie umowy ubezpieczenia, nie będzie miało wpływu na trwanie i kształt umowy ubezpieczenia.

Brak gwarancji przystąpienia do ubezpieczenia określonej liczby osób nie jest naruszeniem równości stron, jak również nie może być uznany za ograniczenie konkurencyjności. Ubezpieczenie jest dobrowolne, a Zamawiający nie może zobowiązać pracowników, by do niego przystąpili.

8. **Składka ubezpieczeniowa**

Maksymalna wysokość składki, jaką pracownicy Prokuratury Okręgowej w Katowicach, prokuratorzy w stanie spoczynku oraz członkowie ich rodzin deklarują opłacać co miesiąc wynosi:

Wariant I – 93,50 zł

Wariant II – 91,00 zł

Wariant III – 82,50 zł

Wariant IV – 129,00 zł

Wariant V – 135,00 zł

Wariant VI – 187,00 zł

Płatnikiem składki wobec Wykonawcy jest Zamawiający. Koszt jednostkowy składki ubezpieczeniowej ponosi ubezpieczony pracownik, prokurator w stanie spoczynku, z którego wynagrodzenia lub innych wypłat będzie dokonywane comiesięczne potrącenie składki, w tym również składki za ubezpieczenie członków rodziny pracownika i prokuratora w stanie spoczynku.

9. **Częstotliwość płatności składki** - miesięczna.

10. **Weryfikacja medyczna**

Zamawiający nie dopuszcza żądania przez Wykonawcę wypełniania ankiet i kwestionariuszy medycznych, ani żadnych innych form oceny stanu zdrowia wszystkich dotychczas ubezpieczonych (to jest ubezpieczonych w ramach umowy ubezpieczenia grupowego na życie na dzień przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej) pracowników lub prokuratorów w stanie spoczynku, małżonków, partnerów i pełnoletnich dzieci, jeżeli osoby te przystąpią do

ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od daty początkowej okresu ubezpieczenia, poprzez złożenie deklaracji przystąpienia, a także:

- a) dla nowozatrudnionych jeżeli osoby te przystąpią do ubezpieczenia przed upływem 3 miesięcy liczonych od nawiązania stosunku prawnego, jeżeli stosunek prawny Ubezpieczonego pracownika z Ubezpieczającym powstał po początku ochrony ubezpieczeniowej (dotyczy pracowników),
- b) dla małżonków i pełnoletnich dzieci, jeżeli osoby te przystąpią do ubezpieczenia przed upływem 3 miesięcy liczonych od nabycia uprawnienia do przystąpienia do ubezpieczenia, tzn. w przypadku małżonka – 3 miesiące od daty ślubu, w przypadku dziecka – 3 miesiące od ukończenia 18 roku życia.

W innych przypadkach Zamawiający dopuszcza stosowanie skróconej ankiety medycznej lub oświadczenia o stanie zdrowia.

11. **Karencje**

Wykonawca obejmie ubezpieczeniem na życie wszystkich pracowników / prokuratorów w stanie spoczynku Zamawiającego oraz dotychczas ubezpieczonych małżonków, partnerów i pełnoletnie dzieci bez okresu karencji w pełnym zakresie, jeżeli osoby te przystąpią do ubezpieczenia przed upływem 3 miesięcy liczonych od początku ochrony ubezpieczeniowej; a także:

- a) dla nowozatrudnionych jeżeli osoby te przystąpią do ubezpieczenia przed upływem 3 miesięcy liczonych od nawiązania stosunku prawnego, jeżeli stosunek prawny Ubezpieczonego pracownika z Ubezpieczającym powstał po początku ochrony ubezpieczeniowej (dotyczy zarówno pracowników, jak i członków ich rodzin),
- b) dla małżonków i pełnoletnich dzieci, jeżeli osoby te przystąpią do ubezpieczenia przed upływem 3 miesięcy liczonych od nabycia uprawnienia do przystąpienia do ubezpieczenia, tzn. w przypadku małżonka – 3 miesiące od daty ślubu, w przypadku dziecka – 3 miesiące od ukończenia 18 roku życia

W pozostałych przypadkach mogą mieć zastosowanie następujące okresy karencji:

- 9 miesięcy dla świadczeń z tytułu urodzenia dziecka,
- 6 miesięcy dla świadczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego, zgonu rodziców, zgonu teściów, zgonu małżonka i zgonu dziecka oraz operacji chirurgicznych, i poważnego zachorowania małżonka,
- 3 miesiące dla poważnego zachorowania ubezpieczonego, leczenia specjalistycznego i poważnego zachorowania dziecka,
- 1 miesiąc dla świadczeń z tytułu pobytu w szpitalu.

Karencje nie dotyczą zdarzeń powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który zaistniał w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.

12. **Początek odpowiedzialności**

Odpowiedzialność Wykonawcy w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony podpisał deklarację przystąpienia.

Odpowiedzialność Wykonawcy nie może rozpocząć się jednak wcześniej niż w dniu wskazanym w umowie ubezpieczenia jako **początek ochrony ubezpieczeniowej**, z zastrzeżeniem obowiązywania zapisów pkt. 1.19 rozdział III (Ryzyko istniejące - Pre existing) niniejszego opisu przedmiotu zamówienia.

13. **Koniec odpowiedzialności**

Odpowiedzialność Wykonawcy w stosunku do danego Ubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia którejkolwiek z poniższych okoliczności:

- zgonu Ubezpieczonego,
- braku zapłaty składki za dany miesiąc, z upływem 1 miesiąca, licząc od końca okresu, za który Ubezpieczający przekazał składkę za grupę ubezpieczonych; odpowiedzialność Wykonawcy w stosunku do Ubezpieczonego zostaje wznowiona z zachowaniem ciągłości odpowiedzialności w przypadku uzupełnienia zaległości w przekazaniu składki przed upływem trzeciego miesiąca od daty powstania zaległości;
- upływu okresu, za jaki przekazano składkę, jeżeli w tym okresie ustał stosunek prawny łączący Ubezpieczonego pracownika z Ubezpieczającym*,
- upływu okresu, za jaki przekazano składkę, jeżeli Ubezpieczony złożył Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia,
- upływu czasu trwania umowy,
- upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia.

*Z zastrzeżeniem, iż odpowiedzialność Wykonawcy w stosunku do ubezpieczonego zostaje przedłużona o 3 miesiące po ustaniu stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego pracownika z Ubezpieczającym pod warunkiem przekazania składki za ten okres.

II. INFORMACJE O PRZEBIEGU UBEZPIECZENIA

Pracownicy Prokuratury Okręgowej w Katowicach i podległych jej jednostek, prokuratorzy w stanie spoczynku oraz członkowie ich rodzin są aktualnie ubezpieczeni na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie do dnia 30.06.2026 r.

Informacja o przebiegu ubezpieczenia i szkodowości została zawarta w Załączniku nr 1A do SWZ i zostanie udostępniona Wykonawcy na wniosek.

III. OBLIGATORYJNY ZAKRES I WARUNKI UBEZPIECZENIA

1. Do ubezpieczenia mają zastosowanie następujące warunki:

- 1.1. Wszelkie zapisy zawarte w OWU Wykonawcy, uzależniające ważność umowy od przystąpienia do ubezpieczenia określonego procentu ogółu pracowników lub uzyskania określonej liczebności ubezpieczonych w poszczególnych Wariantach nie mają zastosowania w umowie ubezpieczenia zawartej w drodze rozstrzygnięcia niniejszego postępowania.
- 1.2. Wykonawca zobowiązuje się do przyjęcia do ubezpieczenia pracowników oraz członków ich rodzin przebywających w szpitalu, na zwolnieniu lekarskim, świadczeniu rehabilitacyjnym, urlopie macierzyńskim, ojcowskim, rodzicielskim, wychowawczym, bezpłatnym, o ile pracownicy lub prokuratorzy w stanie spoczynku oraz członkowie ich rodzin byli ubezpieczeni dotychczas, to jest na dzień przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej, w ramach umowy ubezpieczenia grupowego na życie.
- 1.3. Wykonawca umożliwi Zamawiającemu dostęp do elektronicznej formy dokumentów niezbędnych do obsługi ubezpieczenia, w tym m.in. deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, wniosku o wypłatę świadczenia, oraz umożliwi prowadzenie ewidencji ubezpieczonych, rozliczanie miesięcznych składek, przekazywanie zgłoszeń drogą elektroniczną. Wykonawca zapewni przeszkolenie wyznaczonych pracowników Zamawiającego w zakresie niezbędnym do należytego wykonania przez Zamawiającego umowy grupowego ubezpieczenia na życie, która zawarta zostanie w wyniku rozstrzygnięcia niniejszego postępowania.

- 1.4. Wykonawca zobowiązany jest zapewnić Zamawiającemu dostęp do elektronicznej formy dokumentów niezbędnych do zrealizowania ubezpieczenia, w tym m.in. wniosku o wypłatę świadczenia oraz umożliwi przekazywanie zgłoszeń szkodowych drogą elektroniczną. Za spełnienie niniejszego warunku Zamawiający uznaje dostęp do bezpłatnego systemu Wykonawcy, poprzez który można dokonać zgłoszenia o wypłatę świadczenia drogą elektroniczną, bez konieczności wypełniania druku papierowego z możliwością załączenia skanów dokumentacji, potwierdzającej prawo do świadczenia.
- 1.5. Wykonawca zapewni również możliwość złożenia dokumentacji szkodowej i zgłoszenia roszczenia w formie papierowej i przesłanie przesyłką pocztową lub w placówce Wykonawcy.
- 1.6. Wysokość miesięcznej składki za Ubezpieczonych będzie sumą składek miesięcznych we wszystkich Wariantach ubezpieczenia, obliczaną jako iloczyn aktualnej liczby Ubezpieczonych w danym Wariacie i oferowanej miesięcznej składki za każdego Ubezpieczonego w danym Wariacie.
- 1.7. Składka miesięczna, łączna za wszystkich ubezpieczonych płatna będzie przez Zamawiającego w terminie do 10-ego dnia każdego miesiąca za miesiąc, za który udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa, z zastrzeżeniem, że składka za miesiąc lipiec płatna będzie do dnia 31.07.2026r. W przypadku, gdy termin zapłaty składki przypada na dzień wolny od pracy tj. sobotę, niedzielę lub dzień ustawowo wolny od pracy, zapłata następować będzie pierwszego dnia roboczego następującego po takim dniu.
- 1.8. Nieopłacenie przez Zamawiającego składki w całości lub w części w terminie nie powoduje ustania odpowiedzialności Wykonawcy, a jedynie jej zawieszenie. Wykonawca w takim przypadku wzywa Zamawiającego do uzupełnienia zaległości wskazując co najmniej 14-dniowy dodatkowy termin zapłaty składki. Po uregulowaniu zaległej składki ochrona zostaje wznowiona i ubezpieczyciel wypłaca świadczenia za okres zawieszenia. W przypadku nieuregulowania składki w dodatkowym terminie umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem 3 miesięcy zaległości.
- 1.9. Wysokość składki miesięcznej dla poszczególnych Wariantów określona przez Wykonawcę w ofercie, może być waloryzowana jedynie w przypadkach i na zasadach określonych w projektowanych postanowieniach Umowy.
- 1.10. W przypadku roszczeń z tytułu śmierci rodziców lub teściów, śmierci dziecka oraz urodzenia się dziecka Wykonawca zobowiązuje się do zakończenia procesu likwidacji roszczenia w ciągu 7 dni roboczych od daty wpływu kompletnej dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia roszczenia.
- 1.11. Wykonawca zapewni komisje lekarskie, które będą organizowane w Katowicach lub na terenie miejsca zamieszkania Ubezpieczonego na wniosek ubezpieczonego. Zamawiający dopuszcza możliwość zaocznego orzekania na podstawie przedstawionej kompletnej dokumentacji medycznej. W przypadku braku akceptacji wysokości orzeczonego w ten sposób trwałego uszczerbku na zdrowiu, Ubezpieczonemu przysługuje prawo do ponownej weryfikacji medycznej przed komisją lekarską na jego uzasadniony wniosek. Za komisję lekarską w rozumieniu niniejszych zapisów, uznaje się również badanie lekarskie.
- 1.12. Wykonawca gwarantuje wypłatę świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu za każdy dzień pobytu minimum za 90 dni w każdym 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia, gdy:
 - a) pobyt spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem trwał dłużej niż 1 dzień (jedna zmiana daty),
 - b) pobyt spowodowany inną przyczyną trwał dłużej niż 2 dni (dwie zmiany daty).
- 1.13. Zamawiający wymaga, by świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego wypłacane było, co najmniej za pobyt w szpitalu znajdującym się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej, Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Maroko, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Szwajcarii, Wielkiej Brytanii.

Wykonawca nie może odmówić wypłaty świadczenia z tytułu leczenia w szpitalu (pobytu w szpitalu) powołując się na fakt, iż zajście zdarzenia będącego przyczyną leczenia szpitalnego

miało miejsce przed początkiem odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej w drodze niniejszego postępowania, pod warunkiem, że wyżej wymieniona przyczyna powstała w okresie odpowiedzialności innego/innych ubezpieczyciela/li z zachowaniem ciągłości ochrony ubezpieczeniowej. Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za pobyt w szpitalu zakończony przed początkiem odpowiedzialności Wykonawcy w stosunku do Ubezpieczonego. W stosunku do Ubezpieczonych, których pobyt w szpitalu miał miejsce w momencie wejścia w życie umowy grupowego ubezpieczenia zawartej z Wykonawcą w wyniku rozstrzygnięcia niniejszego postępowania, Wykonawca wypłaci świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego ubezpieczonego za okres pobytu w szpitalu przypadający począwszy od daty wejścia w życie umowy ubezpieczenia zawartej z Wykonawcą z zastrzeżeniem, że okres pobytu przypadający bezpośrednio przed okresem odpowiedzialności Wykonawcy zostanie zaliczony jako spełnienie wymogu minimalnego okresu pobytu w szpitalu.

Zamawiający nie dopuszcza ograniczenia ilości wypłacanych świadczeń w trakcie trwania umowy z tytułu pobytu w szpitalu związanego z tym samym zdarzeniem.

- 1.14. Wykonawca nie może odmówić wypłaty świadczenia z powodu zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wypadku przy pracy, wypadku komunikacyjnego oraz wypadku komunikacyjnego przy pracy, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w terminie nieprzekraczającym 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku, wypadku przy pracy, wypadku komunikacyjnego lub wypadku komunikacyjnego przy pracy, jeżeli zgon nastąpił w okresie trwania umowy ubezpieczenia zawartej w wyniku udzielenia przedmiotowego zamówienia.
- 1.15. Wypłacone świadczenie przez Wykonawcę Ubezpieczonemu z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu nie może pomniejszać w żadnym przypadku należnego świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, który nastąpił w okresie trwania umowy ubezpieczenia zawartej w wyniku udzielenia przedmiotowego zamówienia.
- 1.16. Zamawiający wymaga wypłaty świadczenia Ubezpieczonemu z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu na podstawie orzeczenia odpowiedniego procentu sumy ubezpieczenia za każdy procent stwierdzonego trwałego uszczerbku na zdrowiu, w granicach od 1% do 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu zgodnie z tabelą norm oceny procentowej uszczerbków na zdrowiu stanowiącą załącznik do złożonej oferty. Nie jest dopuszczalne wprowadzanie minimalnych wysokości (progów) orzeczonego trwałego uszczerbku. Maksymalna wysokość świadczenia z tytułu orzeczonego trwałego uszczerbku w wyniku jednego wypadku ubezpieczeniowego wynosi 100%.
- 1.17. Zamawiający nie dopuszcza ograniczeń w OWU/OWDU Wykonawcy, które przewidują brak ochrony z tytułu poszczególnych ryzyk po osiągnięciu przez Ubezpieczonego określonego wieku (np. 60, 65 lat), np. śmierć w następstwie udaru mózgu lub zawału serca, trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu, pobytu w szpitalu w wyniku choroby, poważnego zachorowania, operacji chirurgicznej, niezdolności do pracy, itd.
- 1.18. W przypadku, gdy zajście zdarzenia powoduje powstanie odpowiedzialności Wykonawcy w stosunku do Ubezpieczonego z więcej niż jednego ryzyka ubezpieczonego objętego umową ubezpieczenia, świadczenie ze wszystkich ryzyk zostanie wypłacone w pełnej wysokości bez zastosowania potrąceń przewidzianych ogólnymi warunkami ubezpieczenia/ogólnymi warunkami dodatkowego ubezpieczenia Wykonawcy.
- 1.19. Ryzyko istniejące (Pre existing)
Wykonawca uzna swoją odpowiedzialność za skutki stanów chorobowych oraz wypadków, które zostały stwierdzone/zaszły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze, przed początkiem odpowiedzialności Wykonawcy, a których skutki ujawniły się po rozpoczęciu odpowiedzialności Wykonawcy pod warunkiem, że Pracownik lub członek rodziny (małżonek, partner życiowy, pełnoletnie dziecko) był ubezpieczony w ramach grupowego ubezpieczenia bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia

- 1.20. Zamawiający wymaga, aby ubezpieczenie obejmowało pełny, całodobowy zakres ubezpieczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz za granicą, z zastrzeżeniem zapisu pkt. 1.13 niniejszego rozdziału.

IV. DEFINICJE

Wykonawca akceptuje co najmniej treść i zakres poniższych definicji. Dopuszcza się definicje o bardziej rozszerzonym zakresie. Definicje o węższym zakresie będą powodem odrzucenia oferty.

- Zamawiający/Ubezpieczający:** Prokuratura Okręgowa w Katowicach zawiera z Ubezpieczycielem/ Wykonawcą umowę ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonych i przekazuje składki ubezpieczeniowe.
- Wykonawca/Ubezpieczyciel:** osoba prawna, która udziela ochrony ubezpieczeniowej na warunkach przedstawionych w zamówieniu, której oferta została wybrana jako najkorzystniejsza i która zawarze umowę z Zamawiającym.
- Ubezpieczony:** osoba, której życie i zdrowie są przedmiotem umowy ubezpieczenia – pracownik, prokurator w stanie spoczynku, oraz małżonek i pełnoletnie dziecko pracownika lub prokuratora w stanie spoczynku.
- Pracownik Zamawiającego:** osoba fizyczna zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, mianowania, wyboru, spółdzielczej umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub innej umowy cywilnoprawnej w szczególności umowy zlecenia, umowy o dzieło, której przedmiotem jest świadczenie pracy na rzecz Zamawiającego/Ubezpieczającego.
- Prokurator w stanie spoczynku** – były prokurator lub prokurator w stanie spoczynku, któremu zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 20 stycznia 2017 r. w sprawie uposażeń oraz uposażeń rodzinnych prokuratorów w stanie spoczynku i członków ich rodzin oraz terminów przekazania do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych składek na ubezpieczenie społeczne, uposażenie wypłaca Zamawiający.
- Uposażony:** osoba fizyczna lub prawna uprawniona do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego.
- Członek rodziny:** małżonek, pełnoletnie dziecko pracownika.
- Małżonek:** osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w stosunku, do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Za małżonka Wykonawca winien uznać także konkubinę/konkubenta, a także partnera życiowego w przypadku związków osób tej samej płci.
- Partner Życiowy:** osoba tej samej płci, co Ubezpieczony, pozostająca w związku pozamałżeńskim, nieformalnym z Ubezpieczonym, zgłoszona do ubezpieczenia w Deklaracji Przystąpienia do ubezpieczenia, nie spokrewniona z Ubezpieczonym, prowadząca z Ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe, nie pozostająca w związku małżeńskim z osobą trzecią, o ile Ubezpieczony w chwili składania stosownych oświadczeń o partnerze, a także w dniu zajścia zdarzenia nie pozostaje/wał w związku małżeńskim. Ubezpieczony może wskazać partnera wyłącznie raz w roku polisowym; wskazanie partnera życiowego obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym dokonano wskazania.
- Konkubina/Konkubent:** osoba płci przeciwnej w stosunku do Ubezpieczonego, pozostająca w związku pozamałżeńskim, nieformalnym z Ubezpieczonym, zgłoszona do ubezpieczenia

w Deklaracji Przystąpienia do ubezpieczenia, nie spokrewniona z Ubezpieczonym, prowadząca z Ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe, nie pozostająca w związku małżeńskim z osobą trzecią, o ile Ubezpieczony w chwili składania stosownych oświadczeń o konkubinacie, a także w dniu zajścia zdarzenia nie pozostaje/wał w związku małżeńskim. Ubezpieczony może wskazać konkubinę/ konkubenta wyłącznie raz w roku polisowym; wskazanie konkubenta obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym dokonano wskazania.

11. **Dziecko ubezpieczonego:** dziecko własne lub przysposobione oraz pasierb Ubezpieczonego (jeżeli nie żyje ojciec lub matka), do zakończenia przez nie nauki lub studiów, maksymalnie jednak do ukończenia przez nie 25 roku życia lub bez względu na wiek jeżeli w stosunku do danego dziecka orzeczono całkowitą niezdolność do pracy, co zostanie potwierdzone stosownym orzeczeniem właściwego organu rentowego. W przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową pełnoletniego dziecka na warunkach jakie posiada pracownik zastosowanie będzie miała definicja „Pełnoletnie dziecko - dziecko własne lub przysposobione oraz pasierb Ubezpieczonego (o ile nie żyje ojciec lub matka pasierba) pod warunkiem, że ukończyło 18 rok życia”.
12. **Rodzice:** za rodziców Wykonawca winien uznać naturalnego/biologicznego ojca lub naturalną/biologiczną matkę Ubezpieczonego, bądź osobę, która przysposobiła (w pełni lub częściowo) Ubezpieczonego, bądź ojczyma lub macochę, jeżeli nie żyje naturalny/biologiczny ojciec lub matka.
13. **Teściowie ubezpieczonego:** rodzice małżonka/partnera Ubezpieczonego (zgodnie z definicją pkt 8 niniejszego rozdziału).
14. **Macocha:** aktualna żona ojca ubezpieczonego lub małżonka, nie będąca biologiczną matką ubezpieczonego lub małżonka oraz wdowa po ojcu ubezpieczonego lub małżonka o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński.
15. **Ojczym:** aktualny mąż matki ubezpieczonego lub małżonka, nie będący biologicznym ojcem ubezpieczonego lub małżonka oraz wdowiec po matce ubezpieczonego lub małżonka nie będący biologicznym ojcem ubezpieczonego lub małżonka o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński.
16. **Płatnik składki:** składkę za ubezpieczenie w całości płaci Ubezpieczony pracownik objęty ochroną z tytułu grupowego ubezpieczenia na życie w ramach umowy zawartej przez Zamawiającego z Wykonawcą, a do jej przekazania Wykonawcy upoważniony jest przez Ubezpieczonego Zamawiający. Ubezpieczony pracownik jest płatnikiem składki za siebie oraz członków rodziny, którzy przystąpią do ubezpieczenia.
17. **Deklaracja przystąpienia:** pisemne oświadczenie woli Ubezpieczonego o przystąpieniu do wybranego przez siebie zakresu ubezpieczenia, określonego jako Wariant I, Wariant II, Wariant III, Wariant IV, Wariant V lub Wariant VI. Deklaracja przystąpienia zawiera podstawowe dane o Ubezpieczonym ze wskazaniem uposażonych (gdy taka jest wola ubezpieczonego) oraz zawiera zgodę Ubezpieczonego, będącego pracownikiem Zamawiającego, na potrącanie z wynagrodzenia należnej Wykonawcy składki.
18. **Deklaracja zmian:** pisemna informacja Ubezpieczonego o zmianie danych podanych Wykonawcy w deklaracji przystąpienia.
19. **Umowa ubezpieczenia:** umowa zawarta pomiędzy Zamawiającym/Ubezpieczającym a Wykonawcą /Ubezpieczycielem na rzecz Ubezpieczonych.

20. **Suma ubezpieczenia:** kwota ustalona w umowie ubezpieczenia, na podstawie której ustalana jest wysokość świadczenia ubezpieczeniowego.
21. **Świadczenie ubezpieczeniowe:** kwota pieniężna, którą Wykonawca wypłaca w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia.
22. **Śmierć naturalna:** zgon Ubezpieczonego.
23. **Nieszczęśliwy wypadek:** nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależnie od stanu zdrowia, które miało miejsce w okresie ubezpieczenia, w wyniku którego Ubezpieczony, niezależnie od swojej woli, doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł.
24. **Wypadek komunikacyjny - nieszczęśliwy wypadek:**
- 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,
 - 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,
 - wywołany 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,
 - 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.
25. **Wypadek przy pracy:** będące nieszczęśliwym wypadkiem nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które nastąpiło w okresie ubezpieczenia w związku z pracą:
- podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego zwykłych czynności lub poleceń przełożonych w ramach stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego,
 - podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia,
 - w czasie pozostawiania Ubezpieczonego w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,
 - w czasie podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w lit. a-c, chyba że wypadek spowodowany został postępowaniem Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań,
 - przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające u pracodawcy organizacje związkowe i było bezpośrednią oraz wyłączną przyczyną zgonu Ubezpieczonego.

26. **Trwały uszczerbek na zdrowiu** ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem oznacza trwałe i nierokujące poprawie naruszenie sprawności organizmu, polegające na fizycznej utracie organu, narządu lub trwałym i nierokującym poprawie uszkodzeniu ciała, upośledzeniu czynności organizmu lub narządu, lub ograniczeniu, upośledzeniu ich funkcji. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wypłacane jest za każdy procent stwierdzonego trwałego uszczerbku na zdrowiu.
27. **Zawał serca (zawał mięśnia sercowego)** - nagłe zmniejszenie dopływu krwi do części mięśnia sercowego, powodujące martwicę tej części mięśnia sercowego. Zawał serca to taki zawał, który powoduje:
- wzrost lub spadek podwyższonego stężenia biomarkerów sercowych, z zastrzeżeniem, że przynajmniej w jednym pomiarze to stężenie musi przekraczać górną granicę normy oraz obecność co najmniej dwóch z następujących wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego: - objawy kliniczne niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej), - zmiany w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) typowe dla nowo powstałego niedokrwienia, - nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowych lub
 - zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych do wartości przekraczającej trzykrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym w przypadku zabiegu przezskórnej interwencji wieńcowej (PCI) lub
 - zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych - w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych (CABG) - do wartości przekraczającej pięciokrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym oraz pojawienie się jednego z następujących objawów: - nowych patologicznych załamek Q lub nowego bloku lewej odnogi pęczka Hisa, - udokumentowanej angiograficznie niedrożności pomostu wieńcowego lub nowej niedrożności natywnej tętnicy wieńcowej, udokumentowanej badaniem obrazowym nowej martwicy mięśnia sercowego.
28. **Udar mózgu** - nagłe ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych, wywołane wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi.
29. **Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu:** występujące u osoby ubezpieczonej trwałe, nieodwracalne uszkodzenie organu, narządu lub układu polegające na trwałym uszkodzeniu ciała, upośledzeniu czynności organizmu lub narządu, lub ograniczeniu, upośledzeniu ich funkcji powstałe wskutek zawału serca lub udaru mózgu. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku wypłacane jest za każdy procent stwierdzonego trwałego uszczerbku na zdrowiu.
30. **Urodzenie dziecka:** urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Kwota świadczenia określona w SWZ należna jest za każde dziecko urodzone w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Za urodzenie dziecka uważa się również przysposobienie dziecka.
31. **Urodzenie martwego dziecka:** urodzenie martwego dziecka w rozumieniu przepisów dotyczących porodów i urodzeń w okresie odpowiedzialności Wykonawcy, jeżeli urodzenie zostało zarejestrowane.
32. **Osierocenie dziecka:** osierocenie dziecka, własnego lub przysposobionego, na skutek śmierci ubezpieczonego podczas trwania umowy. Wypłata pełnej kwoty świadczenia przysługuje każdemu dziecku ubezpieczonego.

33. **Szpital:** zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielenia świadczeń zdrowotnych tym chorym, których stan zdrowia wymaga całodobowej opieki lekarsko-pielęgniarskiej.

34. **Leczenie szpitalne:**

Świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu lub dziecku jeśli:

a) pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 1 dzień gdy pobyt spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem,

b) pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 2 dni, gdy pobyt spowodowany był chorobą, zawałem serca lub udarem mózgu.

Wykonawca zobowiązany jest do wypłaty świadczenia w przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu co najmniej na terytorium krajów Unii Europejskiej, Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej, Szwajcarii i Wielkiej Brytanii.

35. **OIT** (Oddział Intensywnej Terapii) / **OIOM** (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej): wyodrębniony organizacyjnie, jako osobny oddział w strukturach szpitala, wyposażony w sprzęt umożliwiający stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych oraz podjęcie czynności zastępczych w przypadku niewydolności narządów lub układów ustroju; za powyższy uważa się również salę intensywnej opieki medycznej, tj. salę wydzieloną w oddziale szpitalnym, przeznaczoną dla pacjentów pod opieką specjalistów intensywnej terapii i anestezjologii, wyposażoną w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych, w której odbywa się leczenie ciężkich stanów niewydolności najważniejszych organów i układów organizmu oraz ciężkich stanów pooperacyjnych lub odpowiednik takiej sali działający zgodnie z prawem państwa, na terytorium którego się znajduje; za salę intensywnej opieki medycznej uważa się również salę intensywnej terapii oraz salę intensywnego nadzoru medycznego.

Za pobyt na OIT / OIOM uważa się trwający tam nieprzerwanie co najmniej 48 godzinny pobyt w trakcie pobytu w szpitalu.

Świadczenie z tytułu pobytu na OIT /OIOM przysługuje Ubezpieczonemu niezależnie od świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu i wypłacane jest jednorazowo.

Wykonawca zobowiązany jest do wypłaty świadczenia z tytułu pobytu na OIT /OIOM w szpitalu co najmniej na terytorium krajów Unii Europejskiej.

36. **Rekonwalescencja:** trwający nieprzerwanie, bezpośrednio po co najmniej 14-dniowym pobycie w szpitalu, za który Wykonawca ponosi odpowiedzialność, pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym przez oddział szpitalny, w którym odbywało się leczenie szpitalne. Świadczenie z tytułu rekonwalescencji wypłacane jest za każdy dzień pobytu na zwolnieniu lekarskim, maksymalnie za 30 dni w odniesieniu do pojedynczego pobytu na zwolnieniu lekarskim.

37. **Leczenie specjalistyczne:** to taki rodzaj leczenia, który winien obejmować zastosowanie w okresie odpowiedzialności Wykonawcy u Ubezpieczonego któregokolwiek z zabiegów medycznych określonych poniżej:

- 1) chemioterapii - metoda systemowego leczenia choroby nowotworowej za pomocą przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego z grupy leków L według klasyfikacji ATC podanego drogą pozajelitową,
- 2) radioterapii - leczenie choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego,
- 3) terapii interferonowej - podawanie drogą pozajelitową interferonu jako metoda leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C oraz stwardnienia rozsianego,
- 4) wszczepienia kardiowertera/defibrylatora – zabieg wszczepienia chorym, którzy mają poważne zaburzenia rytmu pochodzenia komorowego lub epizody nagłego zatrzymania krążenia, urządzenia elektronicznego z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną,

- 5) wszczepienia rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora) – zabieg wszczepienia do ciała chorego urządzenia elektronicznego służącego do pobudzania rytmu serca,
- 6) ablacji - zabieg wykonywany za pomocą prądu o częstotliwości radiowej w celu leczenia zaburzeń rytmu serca,

Wykonawca wypłaca świadczenie w przypadku:

- podania pierwszej dawki leku w przypadku chemioterapii i terapii interferonowej,
- podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego w przypadku radioterapii,
- wszczepienia defibrylatora, rozrusznika serca lub wykonania ablacji.

Jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia Wykonawcy przewidują szerszy katalog poważnych procedur specjalistycznego leczenia Zamawiający uzna definicje obowiązujące w ogólnych warunkach ubezpieczenia Wykonawcy, dotyczące tych procedur, które nie zostały zdefiniowane w niniejszym punkcie, pod pozycjami 1) - 6).

38. Operacje chirurgiczne

Zabieg chirurgiczny, wykonany w podmiocie leczniczym, co najmniej na terytorium krajów Unii Europejskiej, przez wykwalifikowanego lekarza o specjalności zabiegowej, w znieczuleniu ogólnym przewodowym lub miejscowym, niezbędny z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu wymienionych w wykazie operacji chirurgicznych proponowanych przez Wykonawcę. Wykaz operacji chirurgicznych proponowanych powinien zawierać co najmniej **500** operacji i zabiegów.

Zamawiający nie dopuszcza wprowadzenia ograniczeń wypłaty świadczenia z tytułu operacji chirurgicznych ze względu na metodę jaką przeprowadzono operację lub związanych z minimalną długością koniecznego pobytu w szpitalu.

Wykonawca wypłaca świadczenie po wykonaniu operacji chirurgicznej, zgodnie z klasyfikacją operacji chirurgicznych zawartą w OWU/ OWDU, z tym, że:

- jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia / ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia Wykonawcy przewidują podział operacji chirurgicznych na 5. klas, gdzie do klasy I należą operacje najcięższe (najbardziej skomplikowane pod względem medycznym) o najwyższej wysokości świadczenia, a do klasy V najłżejsze (najprostsze) o najniższej wysokości świadczenia winna wynosić odpowiednio:
 - 100% sumy ubezpieczenia dla klasy operacji I,
 - min. 75% sumy ubezpieczenia dla klasy II,
 - min. 50% sumy ubezpieczenia dla klasy operacji III,
 - min. 25% sumy ubezpieczenia dla klasy operacji IV,
 - min. 12,5% sumy ubezpieczenia dla klasy operacji V.

Minimalna suma ubezpieczenia dla świadczenia z tytułu operacji chirurgicznych wynosi odpowiednio:

dla Wariantu I – 3 500 PLN, dla Wariantu II – 4 500 PLN, dla Wariantu III – 6 500 PLN, dla Wariantu IV – 5 500 PLN, dla Wariantu V – 10 000 PLN, dla Wariantu VI – 10 000 PLN.

W przypadku wykonania w okresie jednego pobytu w szpitalu kilku operacji chirurgicznych, które pozostają ze sobą w związku, Wykonawca wypłaci tylko jedno świadczenie, najwyższe ze względu na klasyfikację zabiegu.

Wypłata świadczeń w wysokości 100% sumy ubezpieczenia z tytułu operacji chirurgicznych będących następstwem jednej i tej samej choroby albo jednego i tego samego nieszczęśliwego wypadku, powoduje zakończenie odpowiedzialności Wykonawcy w stosunku do ubezpieczonego w odniesieniu do danej choroby lub danego nieszczęśliwego wypadku.

Łączna wypłata świadczeń w wysokości 200% sumy ubezpieczenia z tytułu operacji chirurgicznych ubezpieczonego, powoduje zakończenie odpowiedzialności Wykonawcy w stosunku do ubezpieczonego w zakresie niniejszej klauzuli.

39. Minimalny katalog ciężkich chorób/poważnych zachorowań Ubezpieczonego: za wystąpienie ciężkiej choroby uznaje się ujawnienie lub zdiagnozowanie w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej następujących jednostek chorobowych: anemia aplastyczna, bąblowiec mózgu, operacyjne wykonanie pomostów naczyniowych (by-pass), choroba Creutzfeldta-Jakoba, masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie, niewydolność nerek, nowotwór złośliwy, odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu, ropień mózgu, sepsa, tężec, udar mózgu, wścieklizna, zakażenie wirusem HIV, zawał serca, zgorzel gazowa, oparzenia, transplantacja organów, utrata wzroku, oponiak, choroba Parkinsona, bakteryjne zapalenie mózgu, operacje aorty, wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C, stwardnienie rozsiane, łagodny guz mózgu, utrata kończyn, utrata słuchu, przeszczep zastawek serca, gruźlica.

40. Poważne zachorowanie Ubezpieczonego (ciężka choroba):

- 1) **Anemia aplastyczna** - przewlekła i nieodwracalna niewydolność szpiku, powodująca łączne wystąpienie spadku liczby krwinek czerwonych, krwinek białych i płytek krwi, oraz powodująca konieczność regularnego przyjmowania leków immunosupresyjnych lub przeszczepu szpiku kostnego; rozpoznanie musi być oparte na wynikach biopsji szpiku kostnego;
- 2) **Bąblowiec mózgu** - usunięta chirurgicznie zmiana w mózgu, składającą się z pojedynczych lub mnogich larw typu echinococcus (pęcherz bąblowcowy), potwierdzoną w rozpoznaniu histopatologicznym;
- 3) **Chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych (by-pass)** – przeprowadzenie u osoby z objawami niewydolności naczyń wieńcowych operacji w celu korekty zwężenia lub zamknięcia co najmniej jednej tętnicy wieńcowej poprzez wytworzenie przepływów omijających (by-pass) z użyciem przeszczepów naczyniowych;
- 4) **Choroba Creutzfelda-Jakoba** - klinicznie rozpoznana za życia Ubezpieczonego, przez specjalistę neurologa, choroba powodująca niemożność wykonywania przez osobę Ubezpieczoną minimum trzech z pięciu podanych poniżej czynności życia codziennego:
 - a) poruszania się w domu - poruszania się pomiędzy pomieszczeniami w domu — bez konieczności pomocy osoby drugiej,
 - b) kontrolowania czynności fizjologicznych - samokontroli w zakresie oddawania kału i moczu oraz utrzymywanie higieny osobistej,
 - c) ubierania się - samodzielnego ubierania i rozbierania się - bez konieczności pomocy osoby drugiej,
 - d) mycia i toalety - samodzielnego wykonywania czynności związanych z myciem i higieną osobistą bez konieczności pomocy osoby drugiej,
 - e) jedzenia - wszystkich czynności związanych z samodzielnym jedzeniem gotowych posiłków;
- 5) **Masywny zator tętnicy płucnej** - usunięcie świeżej skrzepimy z pnia tętnicy płucnej poprzez jego nacięcie (tzw. embolektomia chirurgiczna) w trakcie zabiegu operacyjnego wykonanego w trybie pilnym z powodu ostrego zatoru tętnicy płucnej;
- 6) **Niewydolność nerek** - uważa się końcowe stadium choroby nerek w postaci nieodwracalnego upośledzenia czynności obu nerek, w następstwie czego konieczne jest regularne, stałe stosowanie dializ lub przeprowadzenia przeszczepu nerki;
- 7) **Nowotwór złośliwy** - choroba objawiająca się obecnością złośliwego guza (tzn. takiego, który nie jest otoczony torebką i charakteryzuje się zdolnością do naciekania tkanek i do tworzenia odległych przerzutów). Pod pojęciem nowotworu złośliwego określa się również białaczkę oraz złośliwe schorzenia układu limfatycznego, takie jak ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina) i chłoniaki nieziarnicze. Rozpoznanie nowotworu złośliwego musi być zweryfikowane badaniem histopatologicznym. Z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone:
 - a) wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym,

- b) wszystkie guzy, gdzie po badaniu histopatologicznym stwierdzono stan przednowotworowy lub przedinwazyjny,
 - c) nowotwory wykazujące zmiany typu carcinoma in situ,
 - d) choroba Hodgkina w pierwszym stadium,
 - e) nowotwory będące objawem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
- 8) **Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu** – choroba przenoszona przez kleszcze przebiegająca z różnorodnymi objawami neurologicznymi, skutkującymi koniecznością hospitalizacji, potwierdzoną badaniem płynu mózgowo - rdzeniowego. Rozpoznanie choroby powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby;
- 9) **Ropień mózgu** – usunięta chirurgicznie zmiana w mózgu opisana w rozpoznaniu histopatologicznym jako ropień mózgu;
- 10) **Sepsa** – uogólniona reakcja zapalna, powstającą w przebiegu zakażenia meningokokowego lub pneumokokowego, powikłana 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;
- 11) **Tężec** - ostra choroba zakaźna, leczona w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznania w dokumentacji medycznej, która przebiegała klinicznie w postaci uogólnionej i którą wywołała neurotoksyna produkowana przez laseczki tężca (*Clostridium tetani*);
- 12) **Udar mózgu** – nagłe ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych, wywołane wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi;
- 13) **Wścieklizna** – ostra choroba zakaźna, leczona w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznania w dokumentacji medycznej, której istotą jest ostre zapalenie mózgu i rdzenia wywołane przez wirusa wścieklizny (*Rabies virus*);
- 14) **Zakażenie wirusem HIV**, będące następstwem bezpośredniego wykonania obowiązków zawodowych lub pełnoobjawowe AIDS będące następstwem zakażenia wirusem HIV podczas wykonywania obowiązków zawodowych potwierdzone:
- a) prawomocnym orzeczeniem sądu albo
 - b) inną wiarygodną dokumentacją – pod warunkiem, że zakażenie miało miejsce w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
- To także powikłanie transfuzji krwi wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej u osoby nie chorującej na hemofilię, które zostanie potwierdzone złożonymi dowodami;
- 15) **Zawał mięśnia sercowego (zawał serca)** – oznacza:
- a) wzrost lub spadek podwyższonego stężenia biomarkerów sercowych, z zastrzeżeniem, że przynajmniej w jednym pomiarze to stężenie musi przekraczać górną granicę normy oraz obecność co najmniej dwóch z następujących wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - objawy kliniczne niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej),
 - zmiany w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) typowe dla nowo powstałego niedokrwienia,
 - nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowychlub
 - b) zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych do wartości przekraczającej trzykrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym w przypadku zabiegu przezskórnej interwencji wieńcowej (PCI)
 - lub
 - c) zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych - w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych (CABG) - do wartości przekraczającej pięciokrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym oraz pojawienie się jednego z następujących objawów:

- nowych patologicznych załamków Q lub nowego bloku lewej odnogi pęczka Hisa,
 - udokumentowanej angiograficznie niedrożności pomostu wieńcowego lub nowej niedrożności natywnej tętnicy wieńcowej,
 - udokumentowanej badaniem obrazowym nowej martwicy mięśnia sercowego;
- 16) **Zgorzel gazowa** – ciężkie zakażenie przyranne, leczone w warunkach szpitalnych, z powodu rozpoznania w dokumentacji medycznej, przebiegające z rozległym obrzękiem, martwicą mięśni, wytwarzaniem gazu w tkankach oraz towarzyszącymi ogólnymi objawami toksemii, spowodowane przez bakterie: Clostridium perfringens, Clostridium Novyi (oedematiens) lub Clostridium septicum;
- 17) **Oparzenia** – oparzenia, które wymagają hospitalizacji i obejmują:
- a) ponad 60% powierzchni ciała — dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie lub
 - b) ponad 15% powierzchni ciała - dla oparzeń III stopnia,
- Konieczne jest przedstawienie karty informacyjnej leczenia szpitalnego ze szczegółowym określeniem stopnia oparzenia i procentu oparzonej powierzchni ciała;
- 18) **Transplantacja organów (przeszczep narządów)** – przebycie jako biorca operacji przeszczepienia serca, serca i płuc, wątroby lub jej części, lub allogenicznego przeszczepu szpiku kostnego;
- 19) **Utrata wzroku** - obuoczna, nie poddająca się korekcji utratę ostrości wzroku poniżej 5/50 lub obuoczne ograniczenie pola widzenia poniżej 20; w celu potwierdzenia utraty wzroku konieczne jest przeprowadzenie specjalistycznego badania okulistycznego oraz statycznego badania pola widzenia;
- 20) **Oponiak** - potwierdzone histopatologicznie rozpoznanie oponiaka mózgu. Z odpowiedzialności Wykonawcy wyłączone będą jakiegokolwiek inne zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym, tj. torbiele, ziarniniaki, malformacje naczyniowe, guzy przysadki i rdzenia kręgowego;
- 21) **Choroba Parkinsona** - przewlekłe schorzenie układu pozapiramidowego, spowodowane pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zmniejszenia liczby neuronów produkujących dopaminę, którego następstwem jest wystąpienie co najmniej dwóch z trzech klasycznych objawów osiowych choroby, tj. drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego, plastycznego wzmożenia napięcia mięśniowego (sztywności mięśniowej), zmniejszających się po zastosowaniu leków stymulujących układ dopaminergiczny, zwłaszcza lewodopy. Konieczne jest wykluczenie parkinsonizmu objawowego;
- 22) **Bakteryjne zapalenie mózgu** - ostra choroba zakaźna, rozpoznana na podstawie badania ogólnego płynu mózgowo-rdzeniowego i dodatniego posiewu płynu mózgowo-rdzeniowego, leczoną w warunkach szpitalnych;
- 23) **Operacje aorty** oznacza 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 stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;
- 24) **Wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C** (WZW typ B lub C) - potwierdzone badaniem biopsyjnym zapalenie wątroby w następstwie zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B lub C, w którym wyznaczonymi procesu zapalnego utrzymują się ponad 6 miesięcy;
- 25) **Stwardnienie rozsiane** – przewlekła choroba charakteryzującą się występowaniem ubytkowych objawów neurologicznych powstałych w wyniku rozsianych zmian demielinizacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym, przebiegającą z okresami rzutów i remisji lub o przebiegu postępującym;
- 26) **Łagodny guz mózgu** – guz mózgu nie sklasyfikowany jako złośliwy, wymagający usunięcia lub w przypadku braku możliwości leczenia operacyjnego, powodujący

wystąpienie trwałych deficytów neurologicznych. Za łagodny guz mózgu nie uważa się krwiniaków, cyst, torbieli, guzów przysadki lub rdzenia kręgowego, ziarniniaków, malformacji naczyniowej;

- 27) **Utrata kończyn** - amputacja co najmniej jednej kończyny wskutek choroby:
 - a) powyżej nadgarstka - w zakresie kończyn górnych,
 - b) powyżej stawu skokowego - w zakresie kończyn dolnych;
- 28) **Utrata słuchu** - całkowita, obustronna utrata zdolności słyszenia i rozróżniania dźwięków; rozpoznanie musi być potwierdzone obu usznym ubytkiem słuchu powyżej 90 dB; w celu potwierdzenia utraty słuchu konieczne jest przeprowadzenie specjalistycznego badania audiometrycznego lub słuchowych potencjałów wywołanych;
- 29) **Przeszczep zastawek serca** oznacza wymianę jednej lub więcej zastawek serca, wykonywana przy otwartym sercu lub bez otwierania serca, przeprowadzona na skutek uszkodzenia, które nie może zostać skorygowane jedynie przy użyciu technik śródnaczyniowych. Operacja musi zostać zalecona przez specjalistę w zakresie kardiologii;
- 30) **Gruźlica** - choroba zakaźna spowodowana prątkiem gruźlicy z zajęciem miększu 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.

Jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia Wykonawcy przewidują szerszy katalog poważnych zachorowań, Zamawiający uzna definicje obowiązujące w ogólnych warunkach ubezpieczenia Wykonawcy, dotyczące tych poważnych zachorowań, które nie zostały zdefiniowane w niniejszym punkcie, pod pozycjami 1) - 30).

Wykonawca gwarantuje jednorazową wypłatę świadczenia za wystąpienie każdej z ciężkich chorób (poważnego zachorowania) objętych zakresem ubezpieczenia w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.

W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego ponownie tej samej ciężkiej choroby, Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu.

W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego kolejnej ciężkiej choroby objętej zakresem ubezpieczenia, Wykonawca ponosi odpowiedzialność, o ile choroba ta nie jest następstwem wystąpienia ciężkiej choroby, z tytułu której Wykonawca wypłacił Ubezpieczonemu świadczenie. Wykonawca nie może wymagać minimalnego okresu czasu, jaki musi upłynąć pomiędzy wystąpieniem dwóch różnych ciężkich chorób (poważnych zachorowań), aby została uznana odpowiedzialność Wykonawcy.

41. **Assistance medyczny / Medical Assistance**

Zamawiający określa, iż Wykonawca w zakresie Assistance medycznego / Medical Assistance winien jest zapewnić co najmniej 4 świadczenia z wymienionych poniżej w minimalnym pakiecie świadczeń opiekuńczych, organizację i pokrycie kosztów:

- 1) Wizyty lekarskie w miejscu pobytu po nieszczęśliwym wypadku – co najmniej 2 wizyty w każdym 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia,
- 2) Wizyty pielęgniarki w miejscu pobytu po nieszczęśliwym wypadku – co najmniej 2 wizyty w każdym 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia,
- 3) Dostarczanie leków zapisanych przez lekarza do miejsca pobytu - co najmniej 1 usługa,
- 4) Transport medyczny z osobą bliską z miejsca zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do placówki medycznej lub do miejsca zamieszkania - co najmniej 1 usługa,
- 5) Opieka pielęgniarki po hospitalizacji - co najmniej 1 wizyta,
- 6) Zdrowotne usługi informacyjne – dostęp do infolinii.

42. **Karta apteczna/ubezpieczenie lekowe/ ryczałt na leki** to możliwość bezgotówkowego odbioru produktów dostępnych we wskazanych przez Wykonawcę aptekach, przysługująca Ubezpieczonemu po pobycie w szpitalu, kwalifikującym do wypłaty świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu. W każdym okresie kolejnych 12 m-cy trwającym między rocznicami polisy Wykonawca przyznaje Ubezpieczonemu prawo do bezgotówkowego odbioru produktów w aptece maksymalnie za trzy rozpoczęte w tym okresie pobytu w szpitalu objęte odpowiedzialnością z tytułu ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego. Zgłoszenie roszczenia z tytułu ubezpieczenia leczenia szpitalnego jest jednocześnie zgłoszeniem roszczenia z tytułu ryczałtu na leki/karty aptecznej. Zamawiający dopuszcza realizację świadczenia w formie pieniężnej.

43. Klauzule dodatkowe Fakultatywne

Klauzule dodatkowe	Status klauzuli
Klauzula nr 1 Ankiety Medyczne: Wykonawca wyraża zgodę na zniesienie ankiet medycznych i kwestionariuszy oceny stanu zdrowia dla dotychczas nie ubezpieczonych pracowników i ich członków rodziny, którzy przystąpią do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy liczonych od początku ochrony ubezpieczeniowej, a także małżonków, partnerów i pełnoletnich dzieci nowo zatrudnionych pracowników, którzy przystąpią do ubezpieczenia przed upływem 3 miesięcy liczonych od nawiązania stosunku prawnego, jeżeli stosunek prawny Ubezpieczonego z Ubezpieczającym powstał po dacie początkowej zawartej umowy ubezpieczenia.	Fakultatywna
Klauzula nr 2 Klauzula rozszerzająca Leczenie specjalistyczne: Wykonawca rozszerza katalog jednostek leczenia specjalistycznego o następujące jednostki: dializoterapia, terapia radiojodem nienowotworowych chorób tarczycy. Definicje zgodnie z OWU Wykonawcy.	Fakultatywna
Klauzula nr 3 Klauzula rozszerzająca Leczenie specjalistyczne: Z początkiem każdego kolejnego Roku ubezpieczenia odpowiedzialność Wykonawcy z tytułu każdego rodzaju leczenia specjalistycznego (nawet tych z tytułu, których zostało wypłacone świadczenia) ulega odnowieniu i Wykonawca zobowiązany jest do wypłaty w każdym 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia jednego świadczenia z tytułu każdego z rodzajów leczenia specjalistycznego.	Fakultatywna
Klauzula nr 4 Klauzula rozszerzająca Leczenie specjalistyczne: Wykonawca nie wyłącza swojej odpowiedzialności z tytułu leczenia specjalistycznego powołując się na fakt, iż choroba będąca przyczyną zastosowania procedur objętych w ramach świadczenia leczenia specjalistycznego była zdiagnozowana, leczona bądź której symptomy miały miejsce przed dniem początku odpowiedzialności Wykonawcy.	Fakultatywna
Klauzula nr 5 Klauzula dot. świadczenia poważnie zachorowani „przeszczep narządów”: Wykonawca rozszerza katalog przeszczepów o następujące organy: - Przeszczep nerki lub przeszczep nerek - Przeszczep trzustki	Fakultatywna
Klauzula nr 6 Klauzula dotycząca wypłaty świadczenia z tytułu śmierci dziecka:	Fakultatywna

Wykonawca wypłaci świadczenie z tytułu śmierci dziecka Ubezpieczonego niezależnie od wieku dziecka Ubezpieczonego.	
Klauzula nr 7 Klauzula dotycząca wypłaty świadczenia za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu: Wykonawca wypłaci świadczenie za pobyt w szpitalu spowodowany chorobą za każdy dzień pobytu w szpitalu, poczynając od drugiego dnia pobytu (jedna zmiana daty). Czas pobytu w szpitalu określa się na podstawie daty przyjęcia i daty wypisania ze szpitala.	Fakultatywna
Klauzula nr 8 Klauzula dotycząca wypłaty świadczenia za pobyt Dziecka w szpitalu: Wykonawca wypłaci świadczenie za pobyt w szpitalu Dziecka spowodowany chorobą za każdy dzień pobytu w szpitalu, poczynając od drugiego dnia pobytu (jedna zmiana daty). Czas pobytu w szpitalu określa się na podstawie daty przyjęcia i daty wypisania ze szpitala.	Fakultatywna
Klauzula nr 9 Klauzula dotycząca wypłaty świadczenia za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu: Wykonawca wypłaci świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu, za który należne jest świadczenie do 180 dni w ciągu każdego roku trwania umowy ubezpieczenia. (wydłużenie okresu).	Fakultatywna
Klauzula nr 10 Klauzula dotycząca wypłaty świadczenia za uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu: Wykonawca wypłaci świadczenie za uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu, spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, który nie prowadzi do długotrwałych ani nieodwracalnych zmian w stanie zdrowia ubezpieczonego. Za taki uraz uważa się: stłuczenie, skręcenie, zwichnięcie, naciągnięcie mięśni, oparzenie pierwszego stopnia oraz rany wymagające leczenia specjalistycznego, potwierdzonego w dokumentacji medycznej.	Fakultatywna
Klauzula nr 11 Klauzula rozszerzenia o otwarty katalog operacji chirurgicznych: Wykonawca rozszerza ofertę o otwarty katalog operacji chirurgicznych. W przypadku wystąpienia operacji chirurgicznej spoza katalogu Wykonawca wypłaca 5% sumy ubezpieczenia.	Fakultatywna
Klauzula nr 12 Klauzula dotycząca wypłaty świadczenia za diagnozę nowotworu in-situ Ubezpieczonego: Wykonawca zapewni dodatkowe świadczenie pieniężne z tytułu rozpoznania nowotworu złośliwego w bardzo wczesnym stadium rozwoju, potwierdzonego badaniem patomorfologicznym. Świadczenie powinno obejmować również przypadki rozpoznania nowotworu typu in situ, tj. zmiany nowotworowej, w której komórki nowotworowe nie przekroczyły błony podstawnej i nie wykazują cech naciekania tkanek sąsiednich.	Fakultatywna
Klauzula nr 13 Klauzula rozszerzająca świadczenie poważne zachorowanie: Wykonawca rozszerza katalog poważnych zachorowań o następujące jednostki: - Śpiączka - Poważny uraz głowy - Paraliż - Reumatoidalne zapalenie stawów Definicje zgodnie z OWU Wykonawcy.	Fakultatywna

V. DOPUSZCZALNE WYŁĄCZENIA

Zamawiający dopuszcza następujące wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Wykonawcy w zakresie ryzyka:

1) śmierć ubezpieczonego, śmierć dziecka, śmierć małżonka, śmierć rodzica / teścia oraz osierocenie dziecka

Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności w razie zgonu, który nastąpił bezpośrednio w następstwie:

- a. działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału w aktach terroru, czynnego udziału w zamieszkach, rozruchach społecznych,
- b. samobójstwa Ubezpieczonego popełnionego w okresie 2 lat od początku odpowiedzialności Wykonawcy, wobec tego Ubezpieczonego.

2) śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy, śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy, śmierć małżonka wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku:

Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za skutki nieszczęśliwych wypadków, które powstały:

- a. w następstwie działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału w aktach terroru, czynnego udziału w zamieszkach, rozruchach społecznych,
- b. w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego/małżonka czynu, który spełnia ustawowe znamiona przestępstwa umyślnego,
- c. w wyniku samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę oraz w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego/małżonka samobójstwa,
- d. w wyniku zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków lub środków odurzających, substancji psychotropowych czy też środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
- e. podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego/małżonka pojazdu mechanicznego, jeśli Ubezpieczony/małżonek nie posiadał odpowiednich uprawnień do prowadzenia tego pojazdu, jeżeli wskazana okoliczność miała wpływ na zajście zdarzenia,
- f. gdy Ubezpieczony/małżonek prowadził pojazd będąc w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych czy też środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, jeżeli wskazane okoliczności miały wpływ na zajście zdarzenia,
- g. gdy Ubezpieczony/małżonek znajdował się w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych czy też środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,
- h. w wyniku uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, niezależnie od tego, przez kogo były wykonane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku,
- i. w następstwie skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.

Wykonawca nie odpowiada za zdarzenia powstałe:

- 1) w wyniku wypadku komunikacyjnego podczas prowadzenia przez ubezpieczonego (lub, odpowiednio – małżonka) pojazdu jeżeli ubezpieczony (lub, odpowiednio – małżonek)

prowadził pojazd, który nie posiada aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile okoliczności te przyczyniły się do zajścia zdarzenia, 2) podczas wykonywania przez Ubezpieczonego pracy bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa (dotyczy wyłącznie zdarzeń związanych z wypadkiem przy pracy).

3) Poważne zachorowania Ubezpieczonego:

Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poważnych zachorowań będących następstwem nieszczęśliwego wypadku, jeżeli powstały bezpośrednio:

- a. w następstwie działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru, czynnego udziału ubezpieczonego w masowych rozruchach społecznych,
- b. w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który spełnia ustawowe znamiona przestępstwa umyślnego,
- c. podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu, jeżeli ubezpieczony nie miał uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
- d. w następstwie prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu, jeżeli ubezpieczony był w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
- e. gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
- f. w wyniku samookaleczenia, okaleczenia na własną prośbę lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa,
- g. bezpośrednio w wyniku zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych bez względu na zastosowaną dawkę,
- h. w wyniku uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku.

4) pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku:

Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu powstały bezpośrednio w następstwie:

- a. działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru, czynnego udziału Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach społecznych,
- b. popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu, który spełnia ustawowe znamiona przestępstwa umyślnego,
- c. samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę oraz usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego,
- d. zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych oraz gdy Ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, czy też środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku ubezpieczeniowego,

- e. wypadku komunikacyjnego, gdy Ubezpieczony prowadził pojazd nie posiadając odpowiednich uprawnień do prowadzenia tego pojazdu lub gdy Ubezpieczony prowadził pojazd będąc w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych czy też środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, jeżeli wskazane okoliczności miały wpływ na zajście zdarzenia,
- f. uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, niezależnie od tego, przez kogo były wykonane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku,
- g. wykonywania badań lekarskich, w tym badań mających na celu ustalenie choroby zawodowej lub diagnostycznych nie wynikających z zachorowania, badań dawców narządów (z wyjątkiem pobytów pozostających w bezpośrednim związku z pobraniem narządu), obserwacji na wniosek sądu,
- h. wszelkich zaburzeń psychicznych, nerwic i uzależnień,
- i. ciąży, usuwania ciąży, porodu i położu - poza przypadkami, gdy zdiagnozowano ciążę wysokiego ryzyka, poród o przebiegu patologicznym oraz komplikacje położu stanowiące zagrożenie dla życia kobiety,
- j. operacji kosmetycznych lub plastycznych, w tym operacji zmiany płci, z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Wykonawcy,
- k. profesjonalnego uprawiania sportu oraz sportów wysokiego ryzyka takich jak sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, wspinaczka wysokogórska, speleologia, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, skoki na linie, sporty lotnicze, jeżeli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
- l. katastrof powodujących skażenie promieniotwórcze, chemiczne bądź biologiczne,
- m. padaczki, z wyłączeniem padaczki objawowej będącej objawem innej choroby,
- n. w związku z leczeniem i zabiegami stomatologicznymi, chyba że wynikają one z konieczności leczenia obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- o. leczenia niepłodności.

Ponadto Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności z tytułu leczenia szpitalnego, jeżeli pobyt Ubezpieczonego miał miejsce:

- w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, w szczególności w sanatoriach, prewentoriach i szpitalach uzdrowiskowych, sanatoryjnych oraz rehabilitacyjno-uzdrowiskowych,
- w hospicjach, placówkach lecznictwa odwykowego, zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, oddziałach dziennych,
- w ośrodkach rehabilitacyjnych, szpitalach rehabilitacyjnych, oddziałach rehabilitacyjnych, z wyjątkiem pierwszego pobytu w szpitalu w celu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, pod warunkiem, że pobyt ubezpieczonego w szpitalu, związany był, odpowiednio, z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą.

Dodatkowo Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności z tytułu świadczenia rekonwalescencji:

- jeżeli pobyt w szpitalu, bezpośrednio po którym następuje rekonwalescencja spowodowany był leczeniem niepłodności,
- jeżeli rekonwalescencja ma miejsce w okresie urlopu dla poratowania zdrowia albo urlopu zdrowotnego.

5) operacje chirurgiczne:

Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli konieczność przeprowadzenia operacji chirurgicznej powstała:

- a. w wyniku działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru, czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach społecznych,
- b. wskutek katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie promieniami jonizującymi lub skażenie chemiczne, biologiczne,
- c. w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu, który spełnia ustawowe znamiona przestępstwa umyślnego,
- d. w wyniku samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę oraz usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego,
- e. bezpośrednio w wyniku zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych oraz gdy Ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, czy też środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to konieczność wykonania operacji chirurgicznej,
- f. w wyniku wypadku komunikacyjnego, gdy Ubezpieczony prowadził pojazd nie posiadając odpowiednich uprawnień do prowadzenia tego pojazdu lub gdy Ubezpieczony prowadził pojazd będąc w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych czy też środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, jeżeli wskazane okoliczności miały wpływ na zajście zdarzenia,
- g. w wyniku uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, niezależnie od tego, przez kogo były wykonane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku,
- h. w wyniku profesjonalnego uprawiania sportu oraz sportów wysokiego ryzyka takich jak sporty walki, sport motorowe i motorowodne, wspinaczka wysokogórska, speleologia, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, skoki na linie i sporty lotnicze, jeżeli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku.

Ponadto Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności z tytułu operacji chirurgicznej:

- co do której nie istniały wskazania medyczne warunkujące konieczność jej wykonania w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby albo zmniejszenia skutków nieszczęśliwego wypadku;
- w której ubezpieczony był dawcą organów lub narządów;
- wykonanej w celu kosmetycznym lub estetycznym, z wyjątkiem operacji chirurgicznej niezbędnej do usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego lub choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- wykonanej w celu antykoncepcyjnym;
- zmniejszenia lub powiększenia piersi oraz zmiany płci;
- stomatologicznej, z wyjątkiem operacji chirurgicznej niezbędnej do usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- wykonanej w celach diagnostycznych;
- związanej z usunięciem ciała obcego metodą endoskopową;
- związanej z wymianą wszczepionego na stałe urządzenia, sztucznego narządu lub części sztucznego narządu;
- która jest kolejną operacją chirurgiczną tego samego narządu, pozostającą w związku przyczynowo-skutkowym z pierwszą operacją chirurgiczną, wykonaną w ramach leczenia tego samego stanu chorobowego lub skutków tego samego nieszczęśliwego wypadku (reoperacja).

VI. ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

Zakres ubezpieczenia w poszczególnych wariantach, minimalne wysokości świadczeń i maksymalna wysokość składki:

Zakres ochrony	Wysokość wypłaty świadczenia w zł*					
	Wariant I	Wariant II	Wariant III	Wariant IV	Wariant V	Wariant VI
Śmierć naturalna ubezpieczonego	57 500	72 000	116 000	165 000	190 000	160 000
Śmierć ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	122 500	157 000	226 000	325 000	370 000	320 000
Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego	177 500	232 000	326 000	385 000	430 000	370 000
Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy	177 500	232 000	326 000	385 000	430 000	370 000
Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy	242 500	307 000	426 000	455 000	510 000	420 000
Śmierć ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu	92 500	122 000	226 000	205 000	260 000	210 000
Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku - za 1% trwałego uszczerbku	750	850	1 200	850	975	850
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu - za 1% trwałego uszczerbku	750	850	1 200	850	975	850
Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	12 000	9 500	12 500	13 000	12 000	8 000
Operacje chirurgiczne	3 500	4 500	6 500	5 500	10 000	10 000
Leczenie szpitalne:						
- świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu spowodowany chorobą	75	85	105	75	85	125
- świadczenie za każdy dzień pobytu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pobytu)	240	290,7	275,1	255	300,05	312,5
- za każdy dzień pobytu spowodowany wypadkiem komunikacyjnym (za pierwsze 14 dni pobytu)	255	321,3	348,6	277,5	317,05	375
- za każdy dzień pobytu spowodowany wypadkiem przy pracy (za pierwsze 14 dni pobytu)	255	321,3	348,6	277,5	317,05	375
- za każdy dzień pobytu spowodowany wypadkiem komunikacyjnym przy pracy (za pierwsze 14 dni pobytu)	270	351,9	422,1	300	334,05	437,5
- za każdy dzień pobytu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu (za pierwsze 14 dni pobytu)	90	127,5	168	85,5	102	187,5
- świadczenie za każdy dzień pobytu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (od 15 dnia pobytu)	240	290,7	275,1	255	300,05	312,5
Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu na OIOM / OIT	730,5	790,5	1 102,50	750	1001,3	1 375
Dzienne świadczenie z tytułu rekonwalescencji	40,05	45,05	55,65	55,5	50,15	62,5
Leczenie specjalistyczne	4 000	4 500	12 000	5 000	13 000	8 000
Ryczałt na leki	225	220	500	220	230	300
Śmierć małżonka/partnera życiowego	15 700	17 100	600	15 650	17 100	10 000
Śmierć małżonka/partnera życiowego wskutek NW	34 600	34 000	1 200	34 400	34 300	20 000
Śmierć rodzica lub rodzica małżonka/partnera życiowego	2 610	2 860	-	2 605	2 860	-

Urodzenie się dziecka	1 650	300	-	1 650	300	-
Urodzenie martwego dziecka	3 260	600	-	3 300	600	-
Osierocenie dziecka	12 000	11 000	-	12 000	12 000	-
Śmierć dziecka	10 000	-	-	10 100	-	-
Niezdolność do pracy wskutek NNW lub choroby	5 000	5 000	10 500	10 000	6 000	2 500
Pobyt w szpitalu dziecka: choroba/NW	-	-	-	50/100	-	-
ASSISTANCE medyczny	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
ŚWIADCZENIA FAKULTATYWNE						
Klauzula nr 1 Ankiety Medyczne	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE
Klauzula nr 2 Klauzula rozszerzająca Leczenie specjalistyczne	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE
Klauzula nr 3 Klauzula rozszerzająca Leczenie specjalistyczne	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE
Klauzula nr 4 Klauzula rozszerzająca Leczenie specjalistyczne	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE
Klauzula nr 5 Klauzula dot. świadczenia poważne zachorowani	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE
Klauzula nr 6 Klauzula dotycząca wypłaty świadczenia z tytułu śmierci dziecka	TAK / NIE	-	-	TAK / NIE	-	-
Klauzula nr 7 Klauzula dotycząca wypłaty świadczenia za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE
Klauzula nr 8 Klauzula dotycząca wypłaty świadczenia za pobyt Dziecka w szpitalu	-	-	-	TAK / NIE	-	-
Klauzula nr 9 Klauzula dotycząca wypłaty świadczenia za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE
Klauzula nr 10 Klauzula dotycząca wypłaty świadczenia za uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE
Klauzula nr 11 Klauzula rozszerzenia o otwarty katalog operacji chirurgicznych	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE
Klauzula nr 12 Klauzula dotycząca wypłaty świadczenia za diagnozę nowotworu in-situ Ubezpieczonego	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE
Klauzula nr 13 Klauzula rozszerzająca świadczenie poważne zachorowanie	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE	TAK / NIE
Miesięczna maksymalna składka za 1 ubezpieczonego	93,50 zł	91,00 zł	82,50 zł	129,00 zł	135,00 zł	187,00 zł

Wartości świadczeń podane przy poszczególnych ryzykach w tabeli stanowią ostateczną (skumulowaną) wartość świadczenia.

VII. GWARANCJA INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI UBEZPIECZENIA

- Umowa grupowego ubezpieczenia na życie dla pracowników Prokuratury Okręgowej w Katowicach oraz członków ich rodzin winna gwarantować Ubezpieczonym prawo do

indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia po ustaniu stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Zamawiającym, na warunkach określonych w niniejszej SWZ przez kolejnych 12 miesięcy od momentu rozpoczęcia ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego a w następnym okresie na warunkach określonych w niniejszym rozdziale.

2. Minimalny zakres ubezpieczenia w ramach Indywidualnej Kontynuacji winien obejmować następujący zakres:
 - a) śmierć ubezpieczonego,
 - b) śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - c) trwałe uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - d) śmierć współmałżonka,
 - e) śmierć rodziców ubezpieczonego,
 - f) śmierć teściów ubezpieczonego,
 - g) urodzenie się dziecka ubezpieczonemu.Warunki ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego, w tym zakres ubezpieczenia i wysokość składki od 1.000 zł sumy ubezpieczenia, zostaną określone w momencie złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego.
3. Wykonawca zapewnia możliwość przystąpienia do ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego w przeciągu 3 pełnych miesięcy kalendarzowych od ustania stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego pracownika opłacającego składkę z Zamawiającym.
4. Ubezpieczony uzyskuje prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia w przypadku opłacenia składek za okres 6 miesięcy poprzedzających moment ustania stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego pracownika opłacającego składkę z Zamawiającym.
5. Wykonawca uzna staż Ubezpieczonego w dotychczasowym programie grupowego ubezpieczenia na życie, niezbędny do nabycia uprawnień do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia, o ile zachowana została ciągłość ochrony.
6. Kontynuacja oznacza zapewnienie ciągłości ochrony ubezpieczeniowej w odniesieniu do świadczeń, które Ubezpieczony wybrał w ramach polisy indywidualnej, a które posiadał już wcześniej, w ramach ubezpieczenia grupowego.
7. W odniesieniu do każdej osoby, która złoży wniosek o indywidualną kontynuację ubezpieczenia i opłaci składkę w ciągu 3 miesięcy od wystąpienia z ubezpieczenia grupowego, Ubezpieczyciel nie może stosować żadnego ograniczenia czasowego wypłaty poszczególnych świadczeń (brak okresu karencji).

VIII. INNE POSTANOWIENIA

1. Zamawiający wymaga spełnienia określonych w rozdziale VI niniejszego załącznika rodzajów i wysokości świadczeń. Podane wysokości świadczeń dla Wariantu I, Wariantu II, Wariantu III, Wariantu IV, Wariantu V i Wariantu VI są wartościami minimalnymi do wykonania przedmiotu zamówienia przez Wykonawcę.
2. Podane przez Zamawiającego wysokości składek ubezpieczeniowych dla jednego Ubezpieczonego w Wariacie I, Wariacie II, Wariacie III, Wariacie IV, Wariacie V i Wariacie VI są wysokościami maksymalnymi do wykonania przedmiotu zamówienia.
3. Wybrany w wyniku rozstrzygnięcia niniejszego postępowania Wykonawca na własny koszt zorganizuje realizację wszelkich procedur niezbędnych do zawarcia i obsługi ubezpieczenia, w tym przeszkoli wyznaczonych pracowników Zamawiającego w zakresie obsługi administracyjnej.
4. Wykonawca gwarantuje niezmienność warunków ochrony niezależnie od liczby Ubezpieczonych.
5. Odpowiedzialność Wykonawcy względem Ubezpieczonych z tytułu śmierci samobójczej winna być interpretowana przez Wykonawcę z uwzględnieniem treści normy zawartej w art. 833 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 roku Kodeks cywilny. Tym samym Zamawiający wymaga, aby

śmierć samobójcza Ubezpieczonego nie zwalnia Wykonawcy z obowiązku wypłaty świadczenia, jeśli nastąpiła po upływie dwóch lat od zawarcia umowy ubezpieczenia, przy czym do dwuletniego okresu zaliczony zostanie również okres uczestnictwa Ubezpieczonego w poprzednich umowach grupowego ubezpieczenia na życie, pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony, aż do dnia bezpośrednio poprzedzającego rozpoczęcie w stosunku do danego Ubezpieczonego ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej w wyniku rozstrzygnięcia niniejszego postępowania, z zastrzeżeniem, że okres ten nie może być skrócony bardziej niż do 6 miesięcy od początku odpowiedzialności Wykonawcy wobec tego Ubezpieczonego.

6. Przystąpienie pracownika, w tym również członków ich rodzin odbywać się będzie wyłącznie na podstawie wypełnionej i podpisanej deklaracji przystąpienia.
7. Pracownik, który przystępuje do umowy ubezpieczenia składa deklarację przystąpienia do ubezpieczenia. Gdy do ubezpieczenia przystępuje także małżonek, partner życiowy, pełnoletnie dzieci pracownika składają również deklarację przystąpienia.
8. Ubezpieczony wyznacza w deklaracji przystąpienia osoby uposażone do wypłaty świadczeń. Ubezpieczony w każdym czasie trwania niniejszej umowy ma prawo do zmiany uposażonych.
9. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie złożyć rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej, składając pisemne oświadczenie Ubezpieczającemu o rezygnacji, które będzie skutkowało końcem odpowiedzialności Ubezpieczyciela z upływem ostatniego dnia miesiąca polisy, za jaki przekazano składkę.
10. Likwidacja szkód i sprawozdawczość w tym zakresie należy do Wykonawcy. Wykonawca zobowiązuje się do przedstawienia Zamawiającemu do 15.11.2028r. raportu szkodowości za okres od początku ochrony ubezpieczeniowej do 31.10.2028r., co oznacza, że Wykonawca przedstawi dane o:
 - ilości i rodzaju wypłaconych świadczeń,
 - wysokości wypłaconych świadczeń.
11. Wykonawca zobowiązany jest do wystawienia i doręczenia Zamawiającemu Certyfikatów Ubezpieczenia dla każdego pracownika oraz członka rodziny pracownika, objętego umową grupowego ubezpieczenia na życie, potwierdzających objęcie ochroną ubezpieczeniową pracownika lub członka jego rodziny, nie później niż w terminie 30 dni od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
12. Dokumenty potwierdzające zawarcie umowy ubezpieczenia (polisy, certyfikaty) Wykonawca zobowiązuje się wystawić i doręczyć Zamawiającemu do końca pierwszego miesiąca ochrony ubezpieczeniowej.