

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 lub 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 Ubezpieczonego.
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. Ubezpieczony jest uprawniony do dokonania wyboru jednego z wariantów sum ubezpieczenia.
17. Uprawnieni do uzyskania ochrony ubezpieczeniowej nie będący osobami zatrudnionymi przez Zamawiającego nie mogą zostać objęci ubezpieczeniem jeżeli z ubezpieczenia nie skorzysta osoba zatrudniona, z którą powiązanie umożliwia uprawnionemu skorzystanie z ochrony ubezpieczeniowej,

18. Zakresy zdarzeń ubezpieczeniowych opisane przez Zamawiającego w ramach poszczególnych pakietów stanowią wymagania minimalne. Polisy mogą obejmować również inne świadczenia, jeżeli są one przewidziane w OWU Wykonawcy.
19. Sumy ubezpieczenia wskazane przez Zamawiającego w ramach poszczególnych wariantów ubezpieczenia są sumami minimalnymi.
20. Wymagania Zamawiającego co do zawartości oferty:
 - 1) Pakiet – „Rodzinny” w wariantach I oraz II (obligatoryjna treść oferty);
21. Wykonawca w ramach zawartej umowy jest uprawniony do oferowania ubezpieczonym za zapłatą dodatkowych składek innych zakresów ubezpieczeń na życie nieobjętych wyceną w ofercie na warunkach wynikających z OWU Wykonawcy, a w szczególności dedykowanych pakietów grupowych ubezpieczeń: medycznych, onkologicznych, kardiologicznych, powypadkowych.
22. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje zdarzeń, których przyczyny (wypadki lub choroby) miały miejsce przed początkiem okresu ubezpieczenia.
23. 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.
24. 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.
25. 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.
26. 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.

27. 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.
28. Nie mają zastosowania wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności związane z wystąpieniem epidemii lub pandemii, jeżeli takie znajdują się w OWU Wykonawcy.
29. 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.
30. 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.
31. W zakresie weryfikacji stanu zdrowia Ubezpieczyciel jest uprawniony jedynie do żądania oświadczenia o stanie zdrowia.
32. Ubezpieczyciel nie będzie wymagał przedstawienia oświadczenia o stanie zdrowia od osób dotychczas ubezpieczanych przez Zamawiającego pod warunkiem zachowania ciągłości opłacania składki.
33. 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.
34. Wysokość składki ubezpieczeniowej za jedną osobę za określony wariant wskazana w ofercie obowiązuje na cały zakres ubezpieczenia i nie podlega zmianom.
35. Składka za jedną osobę przez cały okres ubezpieczenia jest niezmienna.
36. Składka na ubezpieczenie będzie płatna przez okres realizacji zamówienia w cyklu miesięcznym (Okresem rozliczeniowym jest jeden miesiąc).
37. Składki będą przekazywane z góry do końca miesiąca, za który są należne.
38. 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.
39. Za datę wpłaty składki przyjmuje się datę uznania rachunku bankowego Ubezpieczyciela.

40. Wysokość miesięcznej składki będzie iloczynem aktualnej liczby ubezpieczonych oraz miesięcznej składki zaoferowanej przez Ubezpieczyciela za wybrane przez ubezpieczonych warianty ubezpieczenia.
41. Całkowita wartość składki przekazanej z tytułu polisy Zamawiającego nie może przekroczyć kwoty 120 000,00 zł, która to kwota stanowiła będzie całkowitą maksymalną wartość umowy.
42. Z uwagi na okoliczność, że przystępowanie do ubezpieczenia ma charakter dobrowolny Zamawiający nie wskazuje minimalnego pułapu przekazanej z tytułu umowy składki, a Wykonawcy nie będą przysługiwały żadne roszczenia w przypadku niewykorzystania pełnej całkowitej szacunkowej wartości umowy.
43. 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.
44. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wystawienia dla wszystkich osób ubezpieczonych indywidualnych certyfikatów, potwierdzających zawarcie polisy.
45. Ubezpieczyciel zobowiązuje się do nieodpłatnego udostępnienia elektronicznego systemu obsługi polisy. System ten, poprzez łącza internetowe, usprawniać musi obsługę polisy, 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.
46. Ubezpieczonym, po min. 6 miesięcznym okresie pozostawania w ubezpieczeniu grupowym, przysługuje prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, na zasadach określonych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Wykonawcy.
47. Do okresu uprawniającego do skorzystania z indywidualnej kontynuacji wliczany będzie okres obejmowania ochroną danego ubezpieczonego w ramach aktualnie obowiązującej u Ubezpieczającego umowy ubezpieczenia.
48. 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.
49. 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.

50. 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.
51. 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).
52. 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.
53. 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).
54. Zakres minimalny dodatkowych świadczeń podlegających ocenie (Pakiet dostępne za zapłatą dodatkowej składki)
 - 1) Pakiety medyczne –
 - a) przynajmniej ochrona dla ubezpieczonego, małżonka oraz małoletnich dzieci ubezpieczonego,

- b) gwarantowane wizyty u lekarzy specjalistów bez skierowania w poradni (stacjonarnie) w terminie do 14 dni od zgłoszenia, w odległości do 30 km od siedziby Zamawiającego (przynajmniej dwie wizyty każdego specjalisty na każde 6 miesięcy trwania ubezpieczenia,
- c) obowiązek refundacji wizyty w przypadku, gdyby w zastrzeżonym w OWU terminie nie udało się wykonać usługi,
- d) w ramach pakietu dostępni przynajmniej następujący specjaliści dla osób pełnoletnich: lekarz rodzinny POZ, internista, chirurg ogólny, ginekolog, neurolog, okulista, kardiolog, alergolog, ortopeda, laryngolog,
- e) w ramach pakietu dostępni przynajmniej następujący specjaliści dla małoletnich dzieci ubezpieczonego: lekarz rodzinny POZ, pediatra chirurg ogólny, neurolog, okulista, alergolog.

55. Zastosowanie znajdują następujące definicje:

- 1) **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 podstawową osobę 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.
- 2) **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.
- 3) **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.
- 4) **Partner** - wskazana w deklaracji przystąpienia Ubezpieczonego podstawowej osobie nie będącej 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.
- 5) **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.

6) **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
Choroba Creutzfeldta-Jakoba	Stwardnienie rozsiane
Choroba neuronu ruchowego	Zakażenie wirusem HIV
Gruźlica	Zawał serca
Masywny zator tętnicy płucnej	Zgorzel gazowa
Niewydolność nerek	Oparzenie
Nowotwór złośliwy	Utrata wzroku
Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu	Utrata słuchu
Ropień mózgu	Oponiak
Sepsa	Choroba Parkinsona

Spis załączników:

- 1) Struktura wiekowo-płciowa pracowników zamawiającego