

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia

I. Dane dotyczące pracowników Zamawiającego:

Liczba pracowników: **114**.

Liczba osób obecnie ubezpieczonych grupowo u Zamawiającego **89 osób** (stan na 09.04.2026, **68 Pracowników** oraz **21 osób bliskich**).

Dane związane ze strukturą wieku i płci obecnie zatrudnionych (stan na dzień 09.04.2026):

Lp.	Wiek	Kobiety	Mężczyźni
1	23	1	0
2	24	2	1
3	25	3	1
4	26	3	0
5	27	1	2
6	28	5	0
7	29	3	0
8	30	2	0
9	31	2	0
10	32	0	2
11	33	1	0
12	34	6	0
13	35	2	1
14	36	5	0
15	37	1	0
16	38	2	0
17	40	1	0
18	41	5	1
19	42	2	4
20	43	7	0
21	44	4	3
22	45	7	0
23	46	3	0
24	47	3	0
25	48	0	1
26	49	4	1
27	50	2	2
28	51	4	0
29	52	3	2
30	53	1	1
31	54	1	1
32	55	0	1
33	57	0	1
34	59	1	0
35	60	2	0

Zamawiający zastrzega, że przystąpienie do ubezpieczenia przez pracownika jest dobrowolne, dlatego Zamawiający nie jest w stanie określić precyzyjnie jaka ilość pracowników zostanie objęta ubezpieczeniem.

Zamawiający nie otrzymał od dotychczasowego Ubezpieczyciela informacji o świadczeniach, które zostały wypłacone osobom ubezpieczonym grupowo, nie dysponuje on zatem wiedzą o „szkodowości” obowiązujących polis.

II. Przedmiot zamówienia obejmuje:

Ubezpieczenie grupowe na życie – okres ubezpieczenia: **24 miesiące** liczone od daty udzielenia ochrony ubezpieczeniowej

Pożądany okres ochrony: 01.06.2026 – 31.05.2028.

III. Warunki ubezpieczenia:

1. Wykonawca akceptuje brak karencji w przypadku wszystkich osób, u których początek odpowiedzialności Wykonawcy w stosunku do nich, przypada nie później niż w trzecim miesiącu licząc od dnia rozpoczęcia umowy ubezpieczenia pomiędzy Zamawiającym, a Wykonawcą.
2. Składka za ubezpieczenie będzie opłacana przez pracowników za pośrednictwem Zamawiającego z częstotliwością miesięczną, do 20-go dnia miesiąca, którego dotyczy.
3. Do ubezpieczenia może przystąpić małżonek/partner życiowy lub pełnoletnie dziecko ubezpieczonego pracownika pod warunkiem, że wypełni on deklarację przystąpienia oraz:
 - a) Pracownik złożył deklarację przystąpienia do ubezpieczenia grupowego lub już jest ubezpieczony w ramach zawartej umowy grupowego ubezpieczenia na życie;
 - b) Pracownik wyrazi zgodę na przystąpienie małżonka/partnera/dziecka do ubezpieczenia i będzie opłacał za niego składkę ubezpieczeniową;
 - c) Na potrzeby umowy za pełnoletnie dziecko ubezpieczonego uważa się dziecko własne, przysposobione lub pasierba ubezpieczonego (jeśli nie żyje ojciec lub matka) – pod warunkiem, że ukończyło 18 rok życia;
4. Wykonawca nie będzie wymagał od pracowników zgłaszanych do ubezpieczenia, przedstawienia informacji dotyczących ich stanu zdrowia, nie będzie dokonywana żadna medyczna ocena ryzyka (m.in. ankiety medyczne). Brak oceny medycznej dla ubezpieczonych bliskich w pierwszym miesiącu trwania ubezpieczenia.
5. Wykonawca zapewnia ubezpieczonemu prawo do dożywotniej indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, pod warunkiem jednak, że ubezpieczony był objęty ochroną, w ramach grupowej umowy ubezpieczenia funkcjonującej u Zamawiającego, przez okres co najmniej 3 miesięcy oraz złożył wniosek o indywidualną kontynuację ubezpieczenia w terminie jednego miesiąca od wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, którą był objęty. Zakres świadczeń w Indywidualnej Kontynuacji będzie ustalany indywidualnie.
6. W ciągu trwania umowy mogą wystąpić zmiany w ilości osób ubezpieczonych.
7. Wykonawca zobowiązuje się umożliwić przystąpienie do ubezpieczenia osób, które w dacie zawarcia umowy przebywały na zwolnieniu lekarskim, urlopie macierzyńskim, urlopie wychowawczym lub urlopie bezpłatnym, lub orzeczono w stosunku do nich częściową niezdolność do pracy, o ile osoby te były objęte ubezpieczeniem w ramach dotychczasowego ubezpieczenia grupowego funkcjonującego u Zamawiającego.
8. Wykonawca uznaje swoją odpowiedzialność za skutki stanów chorobowych oraz wypadków, które zostały stwierdzone/zaszły przed początkiem odpowiedzialności Wykonawcy, a których skutki ujawniły się po rozpoczęciu odpowiedzialności Wykonawcy pod warunkiem, że dana osoba była ubezpieczona w ramach dotychczasowego ubezpieczenia grupowego funkcjonującego u Zamawiającego bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia z Wykonawcą.

Pre-existing dotyczy następujących ryzyk ubezpieczeniowych:

- zgon ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy,
- zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego,

- zgon małżonka ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - ciężkie choroby ubezpieczonego/współmałżonka ubezpieczonego,
 - leczenie szpitalne,
 - operacje chirurgiczne ubezpieczonego,
 - niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji.
9. Wykonawca zobowiązuje się umożliwić przystąpienie do ubezpieczenia osobom, które nie ukończyły 69. roku życia.
 10. W sprawach nieuregulowanych w SOPZ zastosowanie mają OWU Wykonawcy stanowiące załącznik do oferty.
 11. Umowa ubezpieczenia zostanie zawarta za pośrednictwem Brokera ubezpieczeniowego Zamawiającego - firmy mBroker NET Sp. z o.o. (nr zezwolenia KNF- 1538/08). Wykonawca przez cały okres trwania umowy ubezpieczenia będzie przekazywał brokerowi ubezpieczeniowemu mBroker NET comiesięczny kurtaż brokerski w łącznej wysokości 15% inkasa miesięcznej składki ubezpieczeniowej. Broker ubezpieczeniowy ze swojej strony przeprowadzi akcję informacyjną dla pracowników, a także pokryje koszty związane z wynagrodzeniem osób wykonujących czynności administracyjne związane z obsługą umowy u Zamawiającego.
 12. Potwierdzeniem zawarcia umowy z Wykonawcą będą polisy, wystawione w ciągu dwóch miesięcy od daty rozpoczęcia ubezpieczenia.
 13. Lista osób przystępujących do ubezpieczenia przesłana zostanie do Wykonawcy drogą elektroniczną (np. mailowo lub poprzez system elektroniczny), do ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym rozpoczyna się ochrona ubezpieczeniowa osób wskazanych w listach.
 14. W tabeli w punkcie IV podano minimalny zakres ubezpieczenia oraz minimalne wysokości świadczeń. Wysokość miesięcznej składki dla danego wariantu nie może przekroczyć maksymalnej wysokości składki określonej przez Zamawiającego.

IV. Wymagany minimalny Zakres Świadczeń:

Zdarzenia	Wariant I	Wariant II
Zgon ubezpieczonego	90 000 zł	110 000 zł
Zgon ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru*	110 000 zł	130 000 zł
Zgon ubezpieczonego w wyniku NW*	125 000 zł	145 000 zł
Zgon ubezpieczonego w wyniku NW komunikacyjnego*	175 000 zł	205 000 zł
Zgon ubezpieczonego w wyniku NW przy pracy*	175 000 zł	205 000 zł
Zgon ubezpieczonego w wyniku NW komunikacyjnego przy pracy*	235 000 zł	275 000 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku NW (za 1% uszczerbku)	550 zł	700 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku zawału serca lub udaru (za 1% uszczerbku)	400 zł	500 zł
Poważne zachorowanie ubezpieczonego	9 000 zł	17 000 zł
Nowotwór in-situ Ubezpieczonego	900 zł	1 700 zł
Poważne zachorowanie współmałżonka	6 500 zł	13 000 zł
Poważne zachorowanie dziecka	5 000 zł	6 000 zł
Zgon małżonka/partnera	10 000 zł	15 000 zł
Zgon małżonka/partnera w wyniku NW	20 000 zł	30 000 zł
Zgon dziecka	2 500 zł	4 000 zł
Zgon rodziców i teściów	2 650 zł	3 000 zł
Urodzenie się dziecka	1 600 zł	2 000 zł
Urodzenie martwego dziecka	3 200 zł	4 000 zł

Osierocenie dziecka	3 500 zł	4 000 zł
Pobyt w szpitalu wskutek**:		
- choroby	60 zł	70 zł
- NW	180 zł/90 zł	210 zł/105 zł
- NW przy pracy	240 zł/120 zł	280 zł/140 zł
- NW komunikacyjnego	240 zł/120 zł	280 zł/140 zł
- NW komunikacyjnego w pracy	300 zł/150 zł	350 zł/175 zł
- zawału serca lub udarem	120 zł/90 zł	140 zł/105 zł
- pobyt na OIOM/OIT (jednorazowo)	600 zł	700 zł
- rekonwalescencja***	30 zł	35 zł
Niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji	15 000 zł	35 000 zł
Świadczenie lekowe/karta lekowa	200 zł	200 zł
Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego	3 500 zł	4 500 zł
Leczenie specjalistyczne	3 000 zł	4 000 zł
Maksymalna składka miesięczna:	51 zł	67 zł
Prognozowana liczba ubezpieczonych	39 osób	50 osób

* Skumulowana wysokość świadczeń

** W przypadku leczenia szpitalnego zapis oznacza: pobyt do 14 dni/powyżej 14 dnia. Pobyt w szpitalu musi trwać **min. 1 dzień**. Wpłata od 1 do 365 dnia pobytu.

*** Świadczenie za każdy dzień zwolnienia lekarskiego po minimum 14-dniowym pobycie w szpitalu.

V. Klauzule dodatkowe i inne postanowienia szczególnie preferowane (podlegające ocenie)

1. Klauzula operacje chirurgiczne - pozakatalogowe

Wykonawca rozszerzy ochronę w każdym z Wariantów o operacje chirurgiczne Ubezpieczonego (powstałe wskutek choroby lub wskutek wypadku), które nie znajdują się w wykazie operacji chirurgicznych.

2. Klauzula uraz ciała niepowodujący uszczerbku na zdrowiu

Wykonawca rozszerzy ochronę o wypłatę świadczenia z tytułu urazu ciała niepowodującego uszczerbku na zdrowiu w każdym z wariantów. Wysokość świadczenia wynosi 0,5% sumy ubezpieczenia za trwałe uszczerbek na zdrowiu wskutek NW.

3. Klauzula nowotwór in-situ małżonka

Wykonawca rozszerzy ochronę w każdym wariantcie o wykrycie u małżonka/partnera życiowego Ubezpieczonego nowotworu in-situ (nowotworu we wczesnym stadium). Świadczenie z tego tytułu wynosi 10% wysokości świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania małżonka.

VI. Obligatoryjne kryteria oraz definicje:

- a) **Elektroniczna obsługa roszczeń** - Wykonawca dysponuje/będzie dysponował w czasie obowiązywania umowy elektronicznym/internetowym systemem zgłaszania roszczeń umożliwiającym zgłaszanie roszczeń poprzez stronę internetową, a także umożliwiającym poprzez tą stronę internetową przesyłanie dokumentów związanych z roszczeniem w formie elektronicznej, bez konieczności przesyłania oryginałów dokumentów oraz bez konieczności zgłaszania się do placówki Wykonawcy. Wykonawca zobowiązuje się udostępnić Zamawiającemu ww. system w terminie 30 dni od zawarcia umowy ubezpieczenia. Wykonawca, w uzasadnionych przypadkach, może prosić o wgląd w dokumentację.
- b) **Elektroniczna obsługa ubezpieczenia** - Wykonawca dysponuje/będzie dysponował w czasie obowiązywania umowy elektronicznym systemem obsługi ubezpieczenia, umożliwiającym zgłaszanie przysługujących do ubezpieczenia czy ich wyrejestrowywanie. Możliwe będzie również wygenerowanie/wydrukowanie potwierdzenia ubezpieczenia dla danego ubezpieczonego. Wykonawca zobowiązuje się udostępnić Zamawiającemu ww. system w terminie 30 dni od zawarcia umowy ubezpieczenia. Oryginały deklaracji będą mogły być przesyłane do Wykonawcy w celu archiwizacji.

- c) **Dziecko Ubezpieczonego** – dziecko własne lub przysposobione pod warunkiem, że nie ukończyło 25. roku życia. W przypadku świadczenia z tytułu **śmierci dziecka oraz osierocenia dziecka**, definicja zyskuje brzmienie: **Dziecko Ubezpieczonego** - dziecko własne lub przysposobione **bez względu na wiek**.
- d) **Poważne zachorowanie ubezpieczonego/współmałżonka/partnera ubezpieczonego** – należy przez to rozumieć zdiagnozowane i potwierdzone dokumentacją medyczną chorobowe uszkodzenie organizmu lub stan chorobowy Ubezpieczonego, który zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia danego Zakładu Ubezpieczeń jest kwalifikowany jako poważne zachorowanie i uprawnia do wypłaty świadczenia z tytułu tej umowy. Katalog zachorowań musi obejmować co najmniej **46 pozycji** w tym:
- 1) niewydolność nerek,
 - 2) nowotwór złośliwy,
 - 3) udar,
 - 4) zawał serca,
 - 5) choroba wieńcowa leczona operacyjnie,
 - 6) transplantacja/przeszczep organów,
 - 7) utrata wzroku,
 - 8) utrata słuchu,
 - 9) utrata mowy,
 - 10) chorobę Parkinsona,
 - 11) oparzenia,
 - 12) choroba Alzheimerera,
 - 13) sepsa,
 - 14) łagodny nowotwór mózgu,
 - 15) zapalenie mózgu.
- e) **Poważne zachorowanie dziecka** - należy przez to rozumieć zdiagnozowane i potwierdzone dokumentacją medyczną chorobowe uszkodzenie organizmu lub stan chorobowy dziecka Ubezpieczonego, który zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia danego Zakładu Ubezpieczeń jest kwalifikowany jako poważne zachorowanie i uprawnia do wypłaty świadczenia z tytułu tej umowy. Katalog zachorowań musi obejmować co najmniej **21 pozycji** w tym:
- 1) cukrzyca,
 - 2) dystrofia mięśniowa,
 - 3) nagminne porażenie dziecięce,
 - 4) nowotwór złośliwy,
 - 5) niewydolność nerek,
 - 6) zapalenie mózgu,
 - 7) anemia aplastyczna,
 - 8) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
 - 9) oparzenia,
 - 10) porażenie kończyn,
 - 11) śpiączka.
- f) **Pobyt w szpitalu** – pobyt ubezpieczonego w szpitalu na terytorium kraju należącego do Unii Europejskiej lub na terytorium: Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Szwajcarii, Watykanu, w celu leczenia szpitalnego:
- wskutek choroby – który trwa **minimum 1 dzień**;
 - wskutek nieszczęśliwego wypadku – który trwa **minimum 1 dzień**.
- g) **Operacja chirurgiczna** - wykonana przez lekarza, w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia i przeprowadzoną w placówce medycznej w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym. Katalog operacji musi zawierać **co najmniej 500 pozycji**.
- h) **Nowotwór in-situ** - wykrycie u Ubezpieczonego nowotworu in-situ (nowotworu we wczesnym stadium)

w każdym z wariantów. Świadczenie z tego tytułu wynosi 10% wysokości świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania.

i) **Leczenie specjalistyczne** – wypłata świadczenia za leczenie specjalistyczne w każdym z wariantów. Katalog procedur medycznych musi uwzględniać co najmniej 10 pozycji w tym poniższe:

- 1) ablacja,
- 2) wszczepienie kardiowertera/defibrylatora,
- 3) wszczepienie rozrusznika serca,
- 4) chemioterapia i radioterapia,
- 5) terapia interferonowa,
- 6) dializoterapia.

VII. Okres karencji.

Wykonawca akceptuje brak karencji w przypadku wszystkich osób, u których początek odpowiedzialności Wykonawcy w stosunku do nich, przypada nie później niż w trzecim miesiącu licząc od dnia rozpoczęcia umowy ubezpieczenia pomiędzy Zamawiającym, a Wykonawcą lub daty uzyskania prawa do ubezpieczenia (data zatrudnienia w przypadku pracownika/uzyskania pełnoletności przez dziecko/daty ślubu w przypadku małżonka). Po tym terminie Ubezpieczony będzie objęty wszystkimi karencjami.

Karencje nie dotyczą partnera życiowego jedynie, gdy przystąpi do ubezpieczenia w ciągu trzech miesięcy od dnia rozpoczęcia umowy ubezpieczenia pomiędzy Zamawiającym, a Wykonawcą. Po tym terminie obowiązują go standardowe okresy karencji.

2. W pozostałych przypadkach okresy karencyjne mogą wynosić maksymalnie w przypadku poniższych zdarzeń:

Zakres ubezpieczenia	maksymalny okres karencji
Zgon ubezpieczonego	6 miesięcy
Zgon ubezpieczonego w wyniku NW	brak
Zgon ubezpieczonego w wyniku NW komunikacyjnego	brak
Zgon ubezpieczonego w wyniku NW przy pracy	brak
Zgon ubezpieczonego w wyniku NW komunikacyjnego przy pracy	brak
Zgon wskutek zawału serca krwotok śródmózgowy	6 miesięcy
Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku NW	brak
Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu	6 miesięcy
Poważne zachorowanie ubezpieczonego	90 dni
Poważne zachorowanie małżonka/partnera życiowego	180 dni
Poważne zachorowanie dziecka	3 miesiące
Zgon małżonka	6 miesięcy
Zgon małżonka w wyniku NW	brak
Zgon dziecka	6 miesięcy
Zgon rodziców i teściów	6 miesięcy
Urodzenie się dziecka	9 miesięcy
Urodzenie martwego noworodka	6 miesięcy
Osierocenie dziecka	6 miesięcy
Rekonwalescencja lub pobyt na OIT/OIOM - wskutek choroby	30 dni

Pobyty w szpitalu wskutek:	
- choroby	30 dni
- NW	brak
- NW przy pracy	brak
- NW komunikacyjnego	brak
- NW komunikacyjnego w pracy	brak
- zawału serca lub krwotokiem śródmózgowym	30 dni

Okresy karencji nie dotyczą zdarzeń powstałych w wyniku nieszczęśliwego wypadku.