**Załącznik nr 2**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**CPV:** 66510000-8 usługi ubezpieczeniowe;

66511000-5 usługi ubezpieczeń na życie;

66512100-3 usługi ubezpieczenia od nieszczęśliwych wypadków;

66512210-7 usługi dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego;

66512220-0 usługi ubezpieczenia medycznego.

**Przedmiot zamówienia:**

1. Przedmiotem zamówienia jest usługa grupowego ubezpieczenia na życie dla pracowników Zamawiającego oraz członków ich rodzin, tj. małżonków i pełnoletnich dzieci (dalej: umowa), którzy złożą deklarację przystąpienia do ubezpieczenia.
2. Zamówienie obejmuje ubezpieczenie grupowe dla pracowników **Akademii Morskiej w Gdyni. Umowa ubezpieczenia będzie obowiązywała od pierwszego dnia wskazanego miesiąca przez okres 22 m-cy lub do wyczerpania kwoty umowy.**

Planowany termin obowiązywania umowy - 01.04.2018 r. do 31.01.2020 r. (22 miesiące).

1. Szczegółowy opis działalności uczelni znajduje się na stronie: www.am.gdynia.pl.
2. Część pracowników, to osoby zatrudnione w charakterze stałych załóg statków:
3. Dar Młodzieży: załoga: 35 osób oraz maksymalnie 6 osób oddelegowanych/skierowanych przez AMG ;
4. Horyzont II: załoga: 17 osób oraz maksymalnie 3 osoby oddelegowane/skierowane przez AMG.

Rejsy odbywają się zgodnie z harmonogramem podróży zatwierdzonym przez JM Rektora na dany rok kalendarzowy. W jednym czasie w rejsie mogą być obie jednostki.

1. Pozostałe osoby to pracownicy administracyjni i obsługa oraz dydaktyczni Zamawiającego.
2. Zamawiający ma prawo wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca, w którym upływa termin wypowiedzenia.

**Definicje:**

1. **OWU** - Ogólne i/lub Szczególne Warunki Ubezpieczenia obowiązujące u Wykonawcy na dzień ogłoszenia niniejszego postępowania o udzielenie zamówienia.
2. **Assistance** - pakiet usług oferowanych przez Wykonawcę wg OWU. Zakres wg oferty, jednak nie gorszy niż najniższy z dostępnych w ramach OWU pakietów.
3. **Dzień** - okres czasu określony datą zawierającą nr dnia, miesiąca oraz roku, np. dd.mm.rrrr.
4. **Pracownik Zamawiającego** - osoba zatrudniona przez Zamawiającego na podstawie:
5. umowy o pracę;
6. umowy cywilnoprawnej, jeżeli jest objęta z tego tytułu ubezpieczeniem społecznym;
7. powołania;
8. mianowania;
9. wyboru.
10. **Małżonek** - osoba pozostająca z ubezpieczonym w związku małżeńskim, w stosunku, do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Jako małżonka rozumie się również partnera życiowego z którym ubezpieczony wspólnie prowadzi gospodarstwo domowe.

Jeżeli Ubezpieczonego z małżonkiem nie łączy formalny związek spełnione muszą zostać następujące warunki:

1. Ubezpieczony ani małżonek nie mogą pozostawać w innym, formalnym związku małżeńskim;
2. partner życiowy nie jest spokrewniony z ubezpieczonym pracownikiem;
3. partner życiowy może być wskazany przez ubezpieczonego wyłącznie raz w roku polisowym. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do zgłoszonego partnera będzie obowiązywała od dnia pierwszego miesiąca następującego po miesiącu w którym dokonano zgłoszenia.
4. **Ubezpieczony** - pracownik Zamawiającego, małżonek pracownika bądź pełnoletnie dziecko pracownika Zamawiającego, którego życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia w ramach zawartej umowy grupowego ubezpieczenia na życie dla pracowników Zamawiającego oraz członków ich rodzin, tj. małżonków i pełnoletnich dzieci, którzy złożą deklarację przystąpienia do ubezpieczenia.
5. **Pełnoletnie dziecko –** dziecko w rozumieniu OWU. Wiek dziecka umożliwiający przystąpienie do ubezpieczenia określony jest w ofercie.
6. **Nieszczęśliwy wypadek** - niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, będące wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną tego zdarzenia.
7. **Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny** - nieszczęśliwy wypadek, wywołany:
8. ruchem pojazdów (w tym szynowych) na drodze, i/lub
9. ruchem pojazdu kolejowego, i/lub
10. ruchem statku, i/lub
11. eksploatacją (ruchem) pasażerskiego statku powietrznego koncesjonowanych linii lotniczych.

Zamawiający akceptuje ograniczenia zawarte w OWU, jeżeli nie wykluczają one szkód, których doznał Ubezpieczony jako pasażer bądź członek załogi/kierujący w/w pojazdami.

1. **Poważne zachorowanie** Ubezpieczonego – wystąpienie w okresie ubezpieczenia przynajmniej jednej z poniższych okoliczności, tj. zdiagnozowanie lub zajścia nieszczęśliwego wypadku lub hospitalizacji lub rozpoczęcia leczenia, w tym specjalistycznego czy chirurgicznego lub przeprowadzenia operacji lub zakażenia, w następstwie których (którego) stwierdzono występowanie przynajmniej jednego z następujących stanów chorobowych:
2. anemia aplastyczna;
3. łagodny guz mózgu;
4. ropień mózgu;
5. masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie
6. zawał serca;
7. bypass - chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych;
8. nowotwór złośliwy. Jako nowotwór złośliwy rozumie się również białaczkę oraz złośliwe schorzenia układu limfatycznego, takie jak ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina) i chłoniaki nieziarnicze. Zamawiający dopuszcza, aby z zakresu ubezpieczenia były wyłączone:
9. nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym,
10. nowotwory będące objawem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV,
11. nowotwory wykazujące zmiany typu carcinoma in situ,
12. wszystkie guzy, gdzie po badaniu histopatologicznym stwierdzono stan przednowotworowy lub przedinwazyjny,
13. choroba Hodgkina w pierwszym stadium;
14. udar mózgu;
15. niewydolność nerek;
16. choroba Creutzfelda-Jakoba;
17. zakażenie wirusem HIV (również jako powikłanie transfuzji krwi);
18. oparzenia termiczne i / lub chemiczne obejmujące ponad 15% powierzchni ciała;
19. transplantacja organów, tj. przebycie jako biorca operacji przeszczepienia serca, serca i płuca, wątroby lub jej części, lub allogenicznego przeszczepu szpiku kostnego;
20. utrata wzroku;
21. oponiak;
22. choroba Parkinsona;
23. tężec;
24. sepsa;
25. wścieklizna;
26. odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu;
27. zgorzel gazowa

Jeżeli z zapisów odpowiednich OWU wynika, że katalog zachorowań Wykonawcy zawiera więcej niż powyższy katalog poważnych zachorowań, Wykonawca będzie stosował katalog wynikający z OWU. Jeżeli wg OWU katalog poważnych zachorowań jest elementem wyboru przez Ubezpieczającego przyjmuje się, że wymogi Zamawiającego są spełnione tym wariantem który jednocześnie zawiera w sobie przynajmniej w/w jednostki chorobowe.

1. **Choroba nieuleczalna** - choroba Ubezpieczonego, zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie odpowiedzialności Wykonawcy i nie rokująca przeżycia przez Ubezpieczonego okresu dłuższego niż 12 miesięcy od dnia zdiagnozowania.

W przypadku stwierdzenia wystąpienia u ubezpieczonego choroby nieuleczalnej, Wykonawca wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego. Świadczenie jest przedpłatą na poczet świadczenia należnego z tytułu śmierci Ubezpieczonego i jest należne, o ile w dniu jego wypłaty Ubezpieczony żyje.

1. **Operacje chirurgiczne** - wg OWU. Jeżeli w OWU operacje chirurgiczne podzielone są na klasy/grupy, to Zamawiający wymaga, aby:
2. w przypadku braku podziału operacji na grupy świadczenie za każdą operację nie było niższe niż 50% sumy ubezpieczenia;
3. przy 2 klasach/grupach świadczenia z tytułu tych operacji były przyporządkowane następująco:
4. dla I klasy/grupy operacji (najcięższe, medycznie najbardziej skomplikowane) min. 50% sumy ubezpieczenia;
5. dla II klasy/grupy operacji min. 30% sumy ubezpieczenia;
6. przy 3 klasach/grupach świadczenia z tytułu tych operacji były przyporządkowane następująco:
7. dla I klasy/grupy operacji (najcięższe, medycznie najbardziej skomplikowane) min. 50% sumy ubezpieczenia;
8. dla II klasy/grupy operacji min. 30% sumy ubezpieczenia;
9. dla III klasy/grupy operacji min. 10% sumy ubezpieczenia;
10. przy 4 lub więcej klasach/grupach świadczenia z tytułu tych operacji będą przyporządkowane zgodnie z zapisami OWU jednak dla klasy/grupy najcięższych, medycznie najbardziej skomplikowanych operacji świadczenie z tego tytułu nie może wynosić mniej niż 50% sumy ubezpieczenia i jednocześnie minimalne dostępne świadczenie nie może być niższe:
11. w wariancie I - od 400 zł;
12. w wariancie II - od 500 zł.

Ponadto, z załączonych przez Wykonawcę do oferty dokumentów wynikać jednoznacznie musi dostępność dla Ubezpieczonych minimum 500 operacji chirurgicznych.

1. **Szpital** - zakład opieki lecznictwa zamkniętego na terytorium przynajmniej następujących krajów: wszystkich członkowskich Unii Europejskiej oraz Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Nowej Zelandii, USA, Norwegii, Szwajcarii i Watykanu działający, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa kraju na terytorium którego jest zlokalizowany, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych.

Za szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala, oddziału i ośrodka rehabilitacji.

1. **OIOM** - oddział szpitala, prowadzony przez specjalistów intensywnej terapii i anestezjologii, wyposażony w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i sprzęt umożliwiający stałe monitorowanie procesów życiowych:
2. osób chorych jak i po nieszczęśliwych wypadkach w stanie bezpośredniego zagrożenia życia;
3. osób wymagających intensywnej opieki medycznej;
4. nadzoru oraz podjęcia czynności zastępczych w przypadku niewydolności narządów lub układu ustroju;
5. leczenie ciężkich stanów niewydolności najważniejszych organów i układów organizmu oraz ciężkich stanów pooperacyjnych.
6. Za **OIOM** uważa się również:
7. oddział intensywnej terapii;
8. oddział intensywnego nadzoru medycznego;
9. salę intensywnej opieki medycznej, tj. salę wydzieloną w oddziale szpitala, przeznaczoną dla pacjentów pod opieką specjalistów intensywnej terapii i anestezjologii itd. (zgodnie z ust. 13) 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.
10. **Pobyt na OIOM –** pobyt w szpitalu na OIOM pod warunkiem że pobyt trwał nieprzerwanie minimum 2 dni w przypadku pobytu niezwiązanego z nieszczęśliwym wypadkiem oraz minimum 1 dzień w przypadku pobytu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem.
11. **Pobyt w szpitalu** – pobyt w szpitalu w celu zachowania, przywrócenia lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego, który trwał nieprzerwanie minimum **2 dni** w przypadku pobytu niezwiązanego z nieszczęśliwym wypadkiem oraz minimum 1 dzień w przypadku pobytu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem. Wykonawca nie będzie stosował ograniczeń odpowiedzialności w sytuacji, gdy przyczyna hospitalizacji Ubezpieczonego wynikała z wypadku lub choroby, które miały miejsce przed początkiem okresu odpowiedzialności względem Ubezpieczonego. Pobyt w szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Ubezpieczony zostanie przeniesiony do innego szpitala. Za pobyt w szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Ubezpieczonego. Zakres odpowiedzialności nie może wykluczać świadczeń związanych z:
12. ciążą wysokiego ryzyka, powikłaniami ciąży oraz komplikacjami połogu;
13. leczeniem dyskopatii lub zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, chorób zwyrodnieniowych stawów, reumatoidalnego zapalenia stawów, chorób stawu kolanowego;
14. badaniami diagnostycznymi, których przeprowadzenie jest niezbędne w celu określenia stanu zdrowia w przypadku, gdy nie jest to możliwe w warunkach ambulatoryjnych.
15. atakiem konwulsji, drgawkami, padaczką, omdleniem, utratą przytomności.

Pobyt w szpitalu, którego celem jest wyłącznie rehabilitacja lub rekonwalescencja Ubezpieczonego nie podlega ubezpieczeniu.

Zamawiający akceptuje ograniczenie okresu trwania rekonwalescencji zgodnie z OWU Wykonawcy, jeżeli okres za który Ubezpieczony może otrzymać świadczenie określony w OWU nie jest krótszy niż 90 dni.

1. **Miejsce pobytu Ubezpieczonego** - miejsce wskazane przez Ubezpieczonego jako jego aktualne miejsce zamieszkiwania. W szczególności miejscem takim może być również np. hotel. Miejsce pobytu Ubezpieczonego może się zmieniać w okresie trwania umowy ubezpieczenia.
2. **Rekonwalescencja** - trwający nieprzerwanie (bezpośrednio po długotrwałym pobycie w szpitalu) pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym przez szpital, jeżeli pobyt w szpitalu trwał minimum 14 dni. Zamawiający akceptuje ograniczenie okresu trwania rekonwalescencji zgodnie z OWU Wykonawcy, jeżeli okres za który Ubezpieczony może otrzymać świadczenie określony w OWU nie jest krótszy niż 90 dni.

Zakres odpowiedzialności nie może wykluczać świadczeń związanych z atakiem konwulsji, drgawkami, padaczką, omdleniem, a także utratą przytomności.

1. **Trwały uszczerbek na zdrowiu** - trwałe, nieodwracalne i nie rokujące z punktu widzenia wiedzy medycznej poprawy uszkodzenie organu, narządu lub układu spełniające łącznie następujące warunki:
2. polega na fizycznej utracie organu, narządu lub układu albo powoduje trwałe upośledzenie funkcji organu, narządu lub układu,
3. zostało wymienione w obowiązującej w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu załączonej do OWU oraz zgodnie z nią ocenione na zasadach wskazanych w OWU.

Zakres odpowiedzialności nie może wykluczać świadczeń związanych z atakiem konwulsji, drgawkami, padaczką, omdleniem, a także utratą przytomności.

1. **Niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji** – trwała i całkowita lub częściowa niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej w dowolnym zawodzie oraz do samodzielnej egzystencji, będącą rezultatem nieszczęśliwego wypadku lub choroby powstałych w okresie odpowiedzialności Wykonawcy; trwała niezdolność do pracy oznacza, że zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania przez ubezpieczonego zdolności do pracy.
2. **Ciągłość** **ubezpieczenia** - brak przerwy w okresie korzystania z ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczonego w umowie grupowego ubezpieczenia na życie pomiędzy dwoma umowami:
3. kończącą się u Zamawiającego oraz
4. zawieraną przez Zamawiającego.

Za brak ciągłości nie uznaje się okresu braku formalnego zatrudnienia w odniesieniu do pracowników zatrudnionych sezonowo jeżeli:

1. w okresie braku zatrudnienia nie korzystają z innych ubezpieczeń grupowych jako pracownicy innych podmiotów niż Zamawiający;
2. zachowana jest ciągłość w opłacaniu składek za ubezpieczenie, pomimo braku zachowania ciągłości zatrudnienia.

**Warunki Przedmiotowe:**

1. Umowa będzie przewidywała dwa warianty grupowego ubezpieczenia na życie. Osobie uprawnionej do przystąpienia do Umowy grupowego ubezpieczenia na życie będzie przysługiwało prawo wyboru wariantu, do której przystępuje oraz nieograniczone w czasie obowiązywania Umowy prawo zmiany wybranego wariantu (z dniem obowiązywania zmiany od dnia pierwszego miesiąca następującego po miesiącu złożenia deklaracji).
2. Członkowie rodzin Ubezpieczonych pracowników mają prawo przystąpienia do dowolnego wariantu, niezależnie od wyboru dokonanego przez ubezpieczonego Pracownika Ubezpieczającego.
3. Wykonawca akceptuje, że w przypadku wyboru jego oferty obejmuje ochroną ubezpieczeniową wszystkich pracowników obecnie ubezpieczonych. Wyjątek stanowić będą te osoby, które w formie pisemnej nie wyrażą zgody na przystąpienie do ubezpieczenia wg wybranej oferty.
4. Do przystąpienia do umowy uprawnieni są pracownik jego małżonek i pełnoletnie dzieci.
5. Wiek uprawnionego do przystąpienia do umowy ubezpieczenia wynosi w przypadku:
6. pracownika 18 – 78 lat;
7. członków rodzin pracowników 18 – 78 lat

z zastrzeżeniem, że górna granica wieku nie dotyczy osób dotychczas ubezpieczonych w umowie funkcjonującej u Zamawiającego.

1. Ograniczenia odpowiedzialności ze względu na wiek w poszczególnych ryzykach - jeśli obowiązują w OWU - nie są skuteczne jeżeli wykluczają odpowiedzialność w stosunku do tych ubezpieczonych, którzy:
2. w danym roku nie ukończyli / nie ukończą 81 r.ż.;
3. przystępują do ubezpieczenia z zachowaniem ciągłości ubezpieczenia.
4. Wykonawca zobowiązuje się nie stosować żadnych form underwritingu medycznego (co oznacza, że nie będzie mógł uzależniać objęcia ochroną zgłaszanej do ubezpieczenia osoby, lub ograniczenia zakresu ubezpieczenia w stosunku do konkretnej osoby, od podania przez nią informacji o jej stanie zdrowia) w szczególności ankiet, kwestionariuszy, badań medycznych lub innych im podobnych w odniesieniu do:
5. wszystkich obecnie ubezpieczonych, którzy zdecydują się przystąpić do ubezpieczenia w terminie 3 miesięcy od daty rozpoczęcia umowy ubezpieczenia;
6. osób nowo podejmujących pracę u Zamawiającego, pod warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia nie później niż przed upływem ostatniego dnia trzeciego miesiąca uznając za pierwszy miesiąc, miesiąc rozpoczęcia pracy (niezależnie od numeru dnia w którym praca była rozpoczęta);

W odniesieniu do pozostałych osób Zamawiający wyraża akceptację na underwriting medyczny wg procedur obowiązujących u Wykonawcy.

1. Zamawiający wymaga, aby Wykonawca ponosił odpowiedzialność za zdarzenia, których przyczyny wynikają ze stanów chorobowych, uszkodzeń ciała lub nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie poprzedzającym zawarcie umowy na bazie niniejszej SIWZ, występujące przez okres 3 miesięcy od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w ramach zawartej umowy ubezpieczenia. Wymóg dotyczy całego zakresu ubezpieczenia. Jednocześnie zastrzega się, iż opisana odpowiedzialność za zdarzenia z okresu poprzedzającego zawarcie umowy dotyczy wszystkich osób obecnie ubezpieczonych oraz nowo przystępujących.
2. Zmiana liczebności grupy w okresie trwania umowy nie będzie miała wpływu na fakt obowiązywania umowy ubezpieczenia. Zamawiający nie gwarantuje Wykonawcy żadnego określonego minimalnego poziomu osób przystępujących do umowy ubezpieczenia z uwagi na brak możliwości zobowiązania pracowników do przystąpienia do ubezpieczenia przed dokonaniem wyboru Wykonawcy. Wykonawca otrzymuje informację o ilości osób dotychczas ubezpieczonych u dotychczasowego Ubezpieczyciela oraz o strukturze tej grupy.
3. Wysokość opłacanej w danym miesiącu składki za ubezpieczenie grupowe w każdym miesiącu będzie sumą dwóch iloczynów:
4. zaoferowanej składki za ubezpieczenie jednej osoby oraz liczby osób zdeklarowanych do ubezpieczenia w wariancie I;
5. zaoferowanej składki za ubezpieczenie jednej osoby oraz liczby osób zdeklarowanych do ubezpieczenia w wariancie II.
6. Zaoferowane przez wybranego Wykonawcę składki za ubezpieczenie jednej osoby w poszczególnych wariantach - w okresie obowiązywania zawartej umowy - nie mogą wzrosnąć.
7. Wykonawca zapewnia we wszystkich oferowanych ryzykach brak okresu karencji dla:
8. Ubezpieczonych (pracowników, Współmałżonków i / lub pełnoletnich dzieci) przystępujących do wybranego przez siebie wariantu ubezpieczenia z zachowaniem ciągłości ubezpieczenia;
9. osób nowo podejmujących pracę u Zamawiającego, pod warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia nie później niż przed upływem ostatniego dnia trzeciego miesiąca uznając za pierwszy miesiąc, miesiąc rozpoczęcia pracy (niezależnie od numeru dnia w którym praca była rozpoczęta);
10. osób, które nabędą prawa do przystąpienia do ubezpieczenia z dniem:
11. wstąpienia w związek małżeński (dotyczy ubezpieczenia małżonków pracowników ubezpieczającego);
12. wskazania jako małżonka partnera życiowego (dotyczy ubezpieczenia małżonków pracowników ubezpieczającego) wtedy, gdy jego wskazanie przez pracownika będzie pierwszym w okresie ubezpieczenia zawartej umowy i w terminie pierwszych trzech miesięcy od dnia podjęcia pracy u Zamawiającego przez pracownika. Zapis niniejszego ustępu nie dotyczy tych ubezpieczonych, którzy przystępują do ubezpieczenia z zachowaniem ciągłości ubezpieczenia.
13. Ubezpieczenie musi gwarantować świadczenia - o wskazanej poniżej, minimalnej wartości - co najmniej w następstwie:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa świadczenia** | **Minimalna wartość w zł** | |
| **Wariant I** | **Wariant II** |
| 1 | zgonu Ubezpieczonego | 57  000 | 63  500 |
| 2 | zgonu Ubezpieczonego w wyniku NW | 146  000 | 189  500 |
| 3 | zgonu Ubezpieczonego w wyniku NW przy pracy | 186  000 | 250  500 |
| 4 | zgonu Ubezpieczonego w wyniku NW komunikacyjnego | 186  000 | 250  500 |
| 5 | zgonu małżonka Ubezpieczonego | 11  200 | 15  000 |
| 6 | zgonu małżonka Ubezpieczonego w wyniku NW | 22  000 | 30  000 |
| 7 | zgonu rodziców Ubezpieczonego lub rodziców małżonka Ubezpieczonego | 2  210 | 3  310 |
| 8 | urodzenie dziecka Ubezpieczonemu | 1  300 | 1  810 |
| 9 | zgonu dziecka Ubezpieczonemu | 5  100 | 5  000 |
| 10 | trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek NW, za 1% | 490 | 581 |
| 11 | trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek zawału serca/udaru mózgu, za 1% | 470 | 581 |
| 12 | dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu | 75 | 90 |
| 13 | dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na skutek zawału serca/udaru mózgu | 145 | 180 |
| 14 | dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na skutek nieszczęśliwego wypadku | 170 | 230 |
| 15 | dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na skutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy | 230 | 275 |
| 16 | dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na skutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego | 230 | 275 |
| 17 | ciężkiej choroby / poważnego zachorowania | SU = 4  550 | SU = 6  000 |
| 18 | operacji chirurgicznej | SU = 3  200 | SU = 5  000 |
| 19 | Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu na OIOM | 560 | 1  000 |
| 20 | rekonwalescencja - świadczenie za jeden dzień zwolnienia | 28 | 40 |
| 21 | niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji | 5  000 | 6  000 |
| 22 | zgonu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca/udaru mózgu | 90  000 | 110  000 |
| 23 | Assistance | **Tak / Nie** | **Tak / Nie** |

Podane wartości świadczeń są wartościami skumulowanymi.

**Assistance -** liczba osób przystępujących bez limitu, liczba osób w wariancie bez limitu.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres Assistance** | **Tak / Nie** | **limit, jeśli Tak** |
| 1 | wizyta lekarza po nieszczęśliwym wypadku |  |  |
| 2 | wizyta lekarza specjalisty po nieszczęśliwym wypadku |  |  |
| 3 | wizyta pielęgniarki po nieszczęśliwym wypadku |  |  |
| 4 | dostarczenie Ubezpieczonemu - do miejsca jego pobytu - leków przepisanych przez lekarza |  |  |
| 5 | wizyta rehabilitanta w domu |  |  |
| 6 | wizyta w poradni rehabilitacyjnej i transport |  |  |
| 7 | wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego |  |  |
| 8 | transport sprzętu rehabilitacyjnego |  |  |
| 9 | transport medyczny do placówki medycznej |  |  |
| 10 | transport medyczny z placówki medycznej do miejsca pobytu |  |  |
| 11 | transport medyczny między placówkami medycznymi |  |  |
| 12 | opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi |  |  |
| 13 | pomoc domowa po hospitalizacji |  |  |
| 14 | pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej |  |  |
| 15 | zdrowotne usługi informacyjne i infolinia medyczna |  |  |
| 16 | infolinia „Baby Assistance” |  |  |
| 17 | pomoc w przystosowaniu miejsca pracy w przypadku inwalidztwa będącego wynikiem nieszczęśliwego wypadku |  |  |

1. Świadczenie z tytułu ciężkiej choroby / poważnego zachorowania jest równe SU z tytułu każdego zdiagnozowanego zachorowania. Świadczenie będzie wypłacane za każdą jednostkę chorobową, która wystąpi u Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem, że nie zachodzi związek przyczynowo skutkowy między wystąpieniem jednego poważnego zachorowania, a pojawieniem się drugiego. Jeśli związek przyczynowo skutkowy między wystąpieniem poważnych zachorowań zachodzi, wówczas Wykonawca wypłaci świadczenie za wystąpienie tego poważnego zachorowania które wystąpiło jako pierwsze. Po wypłaceniu świadczenia za dane ciężkie zachorowanie odpowiedzialność Wykonawcy wygasa w zakresie tej choroby do Ubezpieczonego, który otrzymał świadczenie z tytułu wystąpienia tego poważnego zachorowania.
2. Świadczenie z tytułu Niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji wypłacane jest w wysokości 100% sumy ubezpieczenia.
3. Wykonawca - niezależnie od zapisów OWU - rezygnuje z uzależniania wypłaty świadczenia od długości czasu, jaki upłynął pomiędzy dniem zdarzenia, dającego prawo do świadczenia z Umowy, a jego przyczyną.
4. Wypłata świadczeń będzie się odbywała według zasad obowiązujących u Wykonawcy. Zamawiający wymaga jednak, aby wszelkie dokumenty dotyczące zgłaszania roszczeń Ubezpieczony, uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia mógł złożyć w miejscu określonym przez Wykonawcę na terenie miasta Gdynia. Procedura wypłaty świadczeń, powinna uwzględniać powyższy warunek.
5. Wypłata świadczenia maksymalnie w ciągu 3 dni roboczych od stwierdzenia przez Ubezpieczyciela zasadności złożonych roszczeń oraz uprawnienia do świadczenia i jednocześnie nie później niż w terminie 7 dni od otrzymania kompletu wymaganych dokumentów. Wypłata przelewem na konto Ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia lub - na wniosek Ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia - w inny uzgodniony z Wykonawcą sposób.
6. Zamawiający wymaga, aby wypłata świadczenia z tytułu:
7. zgonu rodziców Ubezpieczonego i / lub rodziców współmałżonka Ubezpieczonego - lub równoważne;
8. osierocenia dziecka na skutek zgonu Ubezpieczonego - lub równoważne - jeżeli będzie oferowane;
9. urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu - lub równoważne;
10. martwego urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu - lub równoważne - jeżeli będzie oferowane;
11. zgonu dziecka Ubezpieczonego - lub równoważne,

odbywała się w terminie maksymalnie 7 dni od otrzymania kompletu dokumentów przez Wykonawcę chyba, że zachodzą okoliczności uzasadniające wydłużenie okresu wypłaty świadczenia (np. podejrzenie popełnienia przestępstwa). Jeżeli zasady wypłaty świadczeń u Wykonawcy są korzystniejsze niż przedstawione powyżej, przy wykonywaniu umowy Wykonawca będzie stosował zasady korzystniejsze;

1. pobytu w szpitalu - była naliczana i wypłacana Ubezpieczonemu za każdy dzień pobytu w szpitalu;
2. odpowiedzialność towarzystwa z tytułu pobytu w szpitalu określonego w punktach 13-16 (tabela punkt 17) jest ograniczona do wypłaty świadczenia za pierwsze 14 dni tego pobytu. Po tym okresie wypłata będzie wypłacona w kwocie określonej w punkcie 12 (tabela - punkt 17).
3. Świadczenie z tytułu pobytu na OIOM - niezależnie od zapisów OWU zakres odpowiedzialności nie może wykluczać oddziałów kardiologicznego, diabetologicznego i neurologicznego.
4. Wykonawca gwarantuje, że w przypadku konieczności powołania lekarza orzecznika, ewentualne badanie Ubezpieczonego zostanie zorganizowane na terenie miasta Gdyni lub na wniosek Ubezpieczonego i za zgodą Wykonawcy w miejscu przez nich uzgodnionym.
5. Zamawiający dopuszcza możliwość likwidacji szkód bez konieczności powoływania lekarza orzecznika.
6. Struktura grupy - obecnie ubezpieczeni - wg załączonego wykazu.
7. Wykonawca umożliwi przystąpienie do ubezpieczenia i nie będzie stosował przy tym żadnych ograniczeń pracownikom Zamawiającego, którzy w chwili podpisywania deklaracji przebywają na zwolnieniu lekarskim pod warunkiem, że zachowana jest ciągłość ubezpieczenia.
8. Wykonawca znosi wszelkie okresy karencji dla Pracowników, którzy przystąpią do ubezpieczenia (zostaną objęci ochroną) w okresie pierwszych trzech miesięcy od daty nabycia praw do ubezpieczenia, tj. w okresie pierwszych trzech miesięcy od rozpoczęcia obowiązywania umowy (dotyczy pracowników zatrudnionych w chwili zawierania umowy ubezpieczenia), albo w okresie pierwszych trzech miesięcy od dnia zatrudnienia (dotyczy pracowników zatrudnionych po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia).
9. Miesięczna składka za jednego ubezpieczonego nie może przekroczyć kwoty:

**62,60 zł** w wariancie I

oraz

**78,85 zł** w wariancie II

1. W przypadku ustania stosunku pracy Ubezpieczonego pracownika z Zamawiającym, pracownik oraz jego małżonek oraz dziecko (jeśli są w grupie ubezpieczonych) mają prawo do indywidualnego, dożywotniego kontynuowania ubezpieczenia na warunkach określonych przez Wykonawcę w ofercie z zastrzeżeniem, że:
2. złożenie przez Ubezpieczonego wniosku o indywidualną kontynuację nastąpi nie później niż przed upływem 3 miesięcy następujących po miesiącu w którym nastąpiło ustanie stosunku pracy;
3. wnioskujący ubezpieczony korzysta z ochrony przez co najmniej 6 miesięcy – z zaliczeniem okresu ciągłości ubezpieczenia;
4. w okresie pierwszych 12 miesięcy kontynuacji obowiązują warunki, na jakich w dniu ustania stosunku pracy byli ubezpieczeni wnioskujący o indywidualną kontynuację;
5. w latach następnych (po zakończeniu dwunastomiesięcznego okresu indywidualnej kontynuacji jw.) ubezpieczeni - z zachowaniem ciągłości ubezpieczenia w ramach indywidualnej kontynuacji - będą mieli prawo do następującego, minimalnego zakresu ubezpieczenia na bazie OWU:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa świadczenia | Wysokość świadczenia  w % SU |  |
| Zgon Ubezpieczonego | 100% |  |
| Zgon Ubezpieczonego spowodowany NW | 200% |  |
| Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowany NW | 4% | |
| Zgon współmałżonka Ubezpieczonego | 50% | |
| Zgon dziecka Ubezpieczonego | 30% |  |
| Zgon rodzica lub teścia Ubezpieczonego | 20% |  |
| Urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu | 10% |  |

Dostępna wartość SU musi się mieścić w przedziale wartości od 1.000 zł do 20.000 zł, a jej wybór należał będzie do Ubezpieczonego niezależnie od jego wieku w dniu rozpoczęcia indywidualnej kontynuacji.

1. Jeżeli zgon Ubezpieczonego jest spowodowany bezpośrednio lub pośrednio wskutek popełnionego przez Ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia, lub okaleczenia na jego prośbę niezależnie od stanu jego poczytalności, a Wykonawca na podstawie OWU uzależnia swoją odpowiedzialność od stażu Ubezpieczonego w umowie ubezpieczenia (wynikający z Kodeksu cywilnego lub zapisów OWU), to do wspomnianego stażu wliczane będą okresy obejmowania Ubezpieczonego ochroną w ramach umów ubezpieczenia zawartych przez Zamawiającego w okresie poprzedzającym, pod warunkiem, że Ubezpieczony zachowywał ciągłość ubezpieczenia.
2. W przypadku zaoferowania ryzyka - osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego – Wykonawca wypłaci świadczenie każdemu dziecku Ubezpieczonego w wysokości określonej w ofercie.
3. Przy zawarciu i wykonywaniu umowy ubezpieczenia (przez cały okres jej trwania) z wybranym Wykonawcą pośredniczył będzie broker ubezpieczeniowy Winsers sp. z o.o.
4. Wybrany Wykonawca na własny koszt zorganizuje realizację wszelkich procedur niezbędnych do zawarcia i obsługi umowy w tym szkolenia osób (np. w zakresie obsługi programu/sytemu informatycznego).
5. Zamawiający wyraża zgodę, aby uzgodniony z Zamawiającym, przeszkolony przez Wykonawcę pracownik Zamawiającego bądź pośredniczący broker lub jego pracownik w oparciu o zaakceptowaną przez Zamawiającego umowę realizował na rzecz Wykonawcy niezbędne do funkcjonowania zawartej umowy zadania dokumentacyjne na terenie zakładu pracy Zamawiającego.
6. Koszty określone w punkcie 34 oraz kurtaż brokerski wypłacany brokerowi stanowią koszt Wykonawcy, Zamawiający akceptuje fakt, że powyższe koszty zostaną uwzględnione w oferowanej składce w łącznej wysokości 15% tej składki.
7. Wszelkie pojęcia, które nie są zdefiniowane w niniejszej SIWZ, Zamawiający akceptuje wg definicji zawartych w OWU Wykonawcy. W przypadku, jeżeli definicje zawarte w OWU Wykonawcy są analogiczne do oczekiwanych przez Zamawiającego różniąc się nazwą definiowanego pojęcia, Zamawiający akceptuje, że określone ryzyko w OWU jest określane inną nazwą. Na potrzeby oferty należy używać pojęć określonych w niniejszej SIWZ.
8. Wszelkie postanowienia SIWZ, korzystniejsze od postanowień przywołanych w ofercie OWU wyłączają zapisy OWU. W przypadku, jeżeli postanowienia SIWZ są mniej korzystne od postanowień przywołanych w OWU Wykonawca akceptuje, że zastosowanie będą miały zapisy OWU.
9. Wykonawca nie ograniczy zakresu wynikającego z OWU, jeśli opisane oczekiwania Zamawiającego są niższe niż oferowane przez wykonawcę na bazie OWU. Zastrzeżenie dotyczy sytuacji ograniczeń związanych z definicjami (węższe w SIWZ niż w OWU) oraz zakresu ochrony w ramach danego ryzyka (Zamawiający nie zgadza się na skreślenie zakresu, który w ramach danego ryzyka jest objęty ochroną w OWU i nie jest wnioskowany w SIWZ w szczególności poprzez pojęcie „minimalny zakres” itp.).
10. Oferty podlegają odrzuceniu w sytuacji jeżeli zaoferowane:
11. składki (jedna bądź kilka) dla wariantów ubezpieczenia grupowego oraz indywidualnej kontynuacji będą wyższe od wskazanych jako maksymalne;
12. świadczenia w ramach wariantów będą niższe (jedno lub kilka) od wskazanych jako minimalne.

**INFORMACJE DOTYCZĄCE UMOWY:**

1. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta na bazie OWU obowiązujących na dzień złożenia oferty.
2. Wszelkie postanowienia SIWZ, korzystniejsze od postanowień przywołanych OWU wyłączają zapisy OWU.
3. Wszelkie pojęcia, które nie są zdefiniowane w niniejszej SIWZ, Zamawiający akceptuje wg definicji w obowiązujących - na dzień złożenia oferty - OWU Wykonawcy.
4. Wykonawca nie ograniczy zakresu wynikającego z OWU, jeśli oczekiwania Zamawiającego są niższe niż oferowane przez Wykonawcę na bazie OWU obowiązujących na dzień złożenia oferty.

5. Wykonawca przyjmuje, że w umowie ubezpieczenia obwiązywały będą następujące klauzule:

* 1. **Klauzula interpretacji** - z zachowaniem pozostałych nie zmienionych niniejszą klauzulą, postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia i innych postanowień lub załączników do umowy ubezpieczenia strony uzgodniły, że klauzule zmieniające postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia obowiązują wyłącznie w takim zakresie, w jakim zmieniają te postanowienia na korzyść Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego.
  2. **Klauzula zapłaty składki lub rat składki** z zachowaniem pozostałych nie zmienionych niniejszą klauzulą, postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia i innych postanowień lub załączników do umowy ubezpieczenia strony uzgodniły, że:

1. odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od godziny 0.00 dnia wskazanego w umowie jako początek okresu ubezpieczenia;
2. jeżeli zapłata dokonywana jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego, za zapłatę uważa się chwilę złożenia zlecenia zapłaty w banku na właściwy rachunek Ubezpieczyciela pod warunkiem, że na rachunku Ubezpieczającego znajdowała się odpowiednia ilość środków, albo przekazania gotówki w urzędzie pocztowym.
3. składka należna za pierwszy miesiąc ubezpieczenia może zostać opłacona najpóźniej do końca miesiąca, za który jest należna, z tym że składkę uważa się za opłaconą z chwilą uznania rachunku bankowego wskazanego przez Wykonawcę. Wpłata pierwszej składki w terminie jest niezbędna do nadania prawidłowego początku odpowiedzialności