ZAŁĄCZNIK NR 1 DO SIWZ

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. **PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA - DANE DO OCENY RYZYKA UBEZPIECZENIOWEGO**

Zamówienie obejmuje grupowe ubezpieczenie na życie dla pracowników Zespołu Opieki Zdrowotnej
w Oświęcimiu oraz członków ich rodzin.

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

Zapisy określone w SIWZ 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 SIWZ będą miały zastosowanie postanowienia OWU/OWDU.

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

1. **Ubezpieczający:**

**Nazwa:** Zespół Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu

**Adres:** 32-600 Oświęcim ul. Wysokie Brzegi 4

1. **Ubezpieczeni:**

|  |
| --- |
| Liczba pracowników stan na dzień 30.08.2020r. – 764 ooby  |
| Liczba pracowników uprawnionych do przystąpienia do ubezpieczenia stan na dzień 30.08.2020r. - 763 osoby |
| Liczba aktualnie ubezpieczonych  | Pracownicy | Członkowie rodziny |
| Razem | **664** | **280** |

Struktura pracowników wg wieku i płci – została określona w **ZAŁĄCZNIKU NR 2 do SIWZ**.

Struktura aktualnie ubezpieczonych członków rodziny – została określona w ZAŁĄCZNIKU NR 2A do SIWZ

1. **Okres ubezpieczenia: od 01.01.2021 roku do 31.12.2023 roku (36 miesięcy)** z możliwością przedłużenia o kolejne 12 miesięcy na wniosek Zamawiającego, za zgodą Wykonawcy.
2. **Przedmiot zamówienia**

Przedmiotem zamówienia jest odpłatne świadczenie przez Wykonawcę usługi grupowego ubezpieczenia na życie dla pracowników Zespołu Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu oraz członków ich rodzin.

1. **Zakres ubezpieczenia:**

Pracownicy Zespołu Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu - zwani dalej „pracownikami Zamawiającego” albo zamiennie „pracownikami”) oraz członkowie ich rodzin (małżonkowie oraz pełnoletnie dzieci) będą mogli przystąpić do jednego z pięciu Wariantów grupowego ubezpieczenia na życie, zróżnicowanych zakresem ochrony i wysokością świadczeń.

Obligatoryjny zakres ochrony ubezpieczeniowej, określony rodzajem i wysokością świadczeń dla **czterech** grup świadczeń, zwanych dalej Wariant I, Wariant II, Wariant III i Wariant IV, zamieszczony jest
w rozdziale VI niniejszego załącznika do SIWZ.

## Uprawnieni do ubezpieczenia, wiek wstępu

Wraz z zawarciem umowy lub w trakcie jej trwania do ubezpieczenia będą mieli prawo przystąpić pracownicy Zamawiającego oraz członkowie ich rodzin, którzy w dniu złożenia deklaracji przystąpienia ukończyli 18 rok życia i nie ukończyli 70 roku życia. Osoby, które przystąpią do ubezpieczenia przed ukończeniem 70 roku życia będą objęte pełnym zakresem ochrony ubezpieczeniowej przez cały okres trwania umowy zawartej w drodze niniejszego postępowania.

Ubezpieczony wraz z małżonkiem i pełnoletnim dzieckiem mają prawo zmiany Wariantu ubezpieczenia
w dowolnym momencie z zastosowaniem wymienionych w pkt. 1.6 rozdziale III okresów karencji
w stosunku do różnicy świadczeń wynikających ze zmiany Wariantu.

## Ubezpieczenie małżonków oraz pełnoletnich dzieci

Do umowy grupowego ubezpieczenia na życie mogą przystąpić również małżonkowie oraz pełnoletnie dzieci pracowników, o ile sam pracownik przystąpi do ubezpieczenia lub jest on już ubezpieczony.

## Poziom partycypacji

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

Zamawiający zakłada, że poziom partycypacji wyniesie 70% grupy pracowników uprawnionych do przystąpienia do nowego programu grupowego ubezpieczenia na życie, zgodnie z wykazem znajdującym się w **ZAŁĄCZNIKU NR 2 do SIWZ**.

 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 uznane za ograniczenie konkurencyjności. Ubezpieczenie jest dobrowolne,
a Zamawiający nie może zobowiązać pracowników, by do niego przystąpili.

## Składka ubezpieczeniowa

Maksymalna wysokość składki jaką pracownicy Zespołu Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu oraz członkowie ich rodzin deklarują opłacić co miesiąc wynosi:

Wariant I - 55,00 zł

Wariant II - 65,00 zł

Wariant III - 75,00 zł

Wariant IV – 85,00 zł

## Częstotliwość płatności składki: miesięczna.

## Weryfikacja medyczna

Zamawiający nie dopuszcza żądania przez Wykonawcę, wypełniania ankiet i kwestionariuszy medycznych, ani żadnych innych form oceny stanu zdrowia pracowników, a także dotychczas ubezpieczonych (to jest ubezpieczonych w ramach umowy ubezpieczenia grupowego na życie na dzień przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej) i dotychczas ubezpieczonych członków rodzin pracowników, jeżeli osoby te przystąpią do ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od daty początkowej, tj. od dnia 01.01.2021r. poprzez złożenie deklaracji przystąpienia, a także:

1. przed upływem 3 miesięcy liczonych od nawiązania stosunku prawnego, jeżeli stosunek prawny Ubezpieczonego z Ubezpieczającym powstał po początku ochrony ubezpieczeniowej (dotyczy zarówno pracowników, jak i członków ich rodzin),
2. przed upływem 3 miesięcy liczonych od nabycia uprawnienia do przystąpienia do ubezpieczenia małżonków i pełnoletnich dzieci, tzn. w przypadku małżonka – 3 miesiące od daty ślubu, w przypadku dziecka – 3 miesiące od ukończenia 18 roku życia.
3. **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. 1.21 rozdział III (Ryzyko istniejące - Pre existing) niniejszego opisu przedmiotu zamówienia.

1. **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 została przekazana ostatnia składka; odpowiedzialność Wykonawcy w stosunku do Ubezpieczonego zostaje wznowiona z zachowaniem ciągłości odpowiedzialności w przypadku uzupełnienia zaległości w przekazywaniu składek przed upływem trzeciego miesiąca 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 1 miesiąc po ustaniu stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego pracownika z Ubezpieczającym pod warunkiem przekazania składki za ten miesiąc.

1. **INFORMACJE O PRZEBIEGU UBEZPIECZENIA**

Pracownicy Zespołu Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu oraz członkowie ich rodzin są aktualnie ubezpieczeni na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie.

Szkodowość złożona w okresie od 01.01.2018r. do 30.06.2020r. wyniosła 98%.

1. **OBLIGATORYJNY ZAKRES I WARUNKI UBEZPIECZENIA**

## Do ubezpieczenia mają zastosowanie następujące warunki:

* 1. Pracownik będzie obciążony składką za ubezpieczenie członka rodziny.
	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 ci oraz członkowie ich rodzin byli ubezpieczeni dotychczas, to jest na dzień przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej, w ramach umowy ubezpieczenia grupowego na życie.
	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. Wykonawca obejmie ubezpieczeniem na życie wszystkich pracowników Zamawiającego oraz osoby dotychczas ubezpieczone, bez okresu karencji w pełnym zakresie, jeżeli osoby te przystąpią do ubezpieczenia przed upływem 3 miesięcy liczonych od początku ochrony ubezpieczeniowej tj. od dnia 01.01.2021r. (dotyczy pracowników, małżonków oraz pełnoletnich dzieci) poprzez złożenie deklaracji przystąpienia, a także:

a) przed upływem 3 miesięcy liczonych od nawiązania stosunku prawnego, jeżeli stosunek prawny Ubezpieczonego z Ubezpieczającym powstał po początku ochrony ubezpieczeniowej (dotyczy wyłącznie pracowników),

b) przed upływem 3 miesięcy liczonych od nabycia uprawnienia do przystąpienia do ubezpieczenia małżonków i pełnoletnich dzieci, tzn. w przypadku małżonka – 3 miesiące od daty ślubu,
w przypadku dziecka – 3 miesiące od ukończenia 18 roku życia.

* 1. W przypadku pracowników, ich małżonków i pełnoletnich dzieci przystępujących do ubezpieczenia po okresie określonym w pkt. 1.5. Zamawiający dopuszcza stosowanie następujących okresów karencji:
1. 9 miesięcy dla następujących świadczeń: urodzenie dziecka,
2. 6 miesięcy dla następujących świadczeń: śmierć ubezpieczonego, śmierć rodziców i teściów, śmierć małżonka, śmierć dziecka, osierocenie dziecka, urodzenie martwego dziecka, operacje chirurgiczne z powodu choroby,
3. 3 miesiące dla następujących świadczeń: poważne zachorowanie oraz pozostałe niewymienione świadczenia,
4. 1 miesiąc dla następujących świadczeń: pobyt w szpitalu wskutek choroby.

Karencje nie dotyczą zdarzeń powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

* 1. Wysokość miesięcznej składki za Ubezpieczonych będzie sumą składek miesięcznych we wszystkich Wariantach ubezpieczenia, obliczaną jako iloczyn aktualnej liczby Ubezpieczonych w danym Wariancie i oferowanej miesięcznej składki za każdego Ubezpieczonego w danym Wariancie.
	2. Składka miesięczna, łączna za wszystkich ubezpieczonych płatna będzie przez Zamawiającego
	do 15-ego dnia każdego miesiąca poprzedzającego miesiąc, za który udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa.

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.

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 miesiąca zaległości. Powyższy zapis nie odnosi się do przekazania pierwszej składki, której wpłata w terminie niezbędna jest do prawidłowego nadania początku odpowiedzialności.

* 1. Składka miesięczna za jednego Ubezpieczonego przez cały okres realizacji niniejszej umowy będzie niezmienna.
	2. Wykonawca zapewni Ubezpieczonym możliwość złożenia dokumentacji szkodowej i zgłoszenia roszczenia w formie elektronicznej, faksem, przesyłką pocztową lub w placówce Wykonawcy na terenie miasta Oświęcimia lub w miejscu zamieszkania ubezpieczonego. W uzasadnionych przypadkach Wykonawca może prosić o przedstawienie dokumentacji medycznej ubezpieczonego potwierdzonej przez jej wystawcę „za zgodność z oryginałem”.
	3. 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.
	4. Wykonawca zapewni komisje lekarskie, które będą organizowane w Oświęcimiu lub na terenie miejsca zamieszkania 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. Za komisję lekarską w rozumieniu niniejszych zapisów, uznaje się również badanie lekarskie.
	5. Wykonawca gwarantuje wypłatę świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu za każdy dzień pobytu minimum za 90 dni w każdym 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia, gdy:
1. pobyt spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem trwał dłużej niż 1 dzień,
2. pobyt spowodowany inną przyczyną trwał dłużej niż 2 dni.
	1. Zamawiający wymaga, by świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego wypłacane było, co najmniej za pobyt w szpitalu znajdującym się na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej oraz na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej.

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 przetargowego, 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. 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.
	2. 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.
	3. 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%.
	4. 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.
	5. 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.
	6. Ryzyko istniejące (Pre existing)

Wykonawca obejmuje ochroną ubezpieczeniową skutki stanów chorobowych oraz wypadków, które zostały stwierdzone/zaszły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze, przed początkiem odpowiedzialności Wykonawcy/Ubezpieczyciela, powodujących nabycie przez Ubezpieczonego prawa do świadczenia w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Zapisy te mają zastosowanie w odniesieniu do pełnego zakresu ochrony ubezpieczeniowej/wszystkich świadczeń objętych umową ubezpieczenia zawartą w wyniku rozstrzygnięcia niniejszego postępowania w stosunku do Ubezpieczonych, którzy przystąpili do tego ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od początku ochrony ubezpieczeniowej tj. od dnia 01.01.2021r. lub w ciągu 3 miesięcy od daty nawiązania stosunku prawnego lub nabycia uprawnienia do przystąpienia do ubezpieczenia, w rozumieniu pkt. 1.6 ppkt a i b, a byli ubezpieczeni dotychczas, to jest na dzień przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej, w ramach umowy ubezpieczenia grupowego na życie.

* 1. Zamawiający wymaga, aby ubezpieczenie obejmowało pełny, całodobowy zakres ubezpieczenia na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej oraz za granicą, z zastrzeżeniem zapisu pkt. 1.16. i pkt. 1.17 niniejszego rozdziału.
1. **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.

1. **Zamawiający/Ubezpieczający:** Zespół Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu zawiera z Ubezpieczycielem/ Wykonawcą umowę ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonych i przekazuje składki ubezpieczeniowe
2. **Wykonawca/Ubezpieczyciel:** osoba prawna, która udziela ochrony ubezpieczeniowej na warunkach przedstawionych w zamówieniu, której oferta została wybrana jako najkorzystniejsza i która zawrze umowę z Zamawiającym.
3. **Ubezpieczony:** osoba, której życie i zdrowie są przedmiotem umowy ubezpieczenia – pracownik, małżonek, pełnoletnie dziecko pracownika.
4. **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.
5. **Uposażony:** osoba fizyczna lub prawna uprawniona do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego.
6. **Członek rodziny:** małżonek, pełnoletnie dziecko pracownika.
7. **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.
8. **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.
9. **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.
10. **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 w przypadku ryzyka śmierci dziecka oraz ryzyka śmierci dziecka w wyniku nieszczęsliwgo wypadku.

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”.

1. **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.
2. **Teściowie ubezpieczonego**: rodzice małżonka Ubezpieczonego.
3. **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.
4. **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.
5. **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.
6. **Deklaracja przystąpienia:** pisemne oświadczenie woli Ubezpieczonego o przystąpieniu do wybranego przez siebie Wariantu ubezpieczenia. 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.
7. **Deklaracja zmian:** pisemna informacja Ubezpieczonego o zmianie danych podanych Wykonawcy
w deklaracji przystąpienia.
8. **Umowa ubezpieczenia:** umowa zawarta pomiędzy Zamawiającym/Ubezpieczającym a Wykonawcą /Ubezpieczycielem na rzecz Ubezpieczonych.
9. **Suma ubezpieczenia:** kwota ustalona w umowie ubezpieczenia, na podstawie której ustalana jest wysokość świadczenia ubezpieczeniowego.
10. **Świadczenie ubezpieczeniowe:** kwota pieniężna, którą Wykonawca wypłaca w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia.
11. **Śmierć naturalna**: zgon Ubezpieczonego.
12. **Nieszczęśliwy wypadek:** nagłe, niezależne od stanu zdrowia ubezpieczonego, zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które miało miejsce w okresie ubezpieczenia, w wyniku którego Ubezpieczony, niezależnie od swojej woli, doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł.
13. **Wypadek komunikacyjny:**. nieszczęśliwy wypadek:
14. 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,
15. 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,

1. wywołany eksploatacją pasażerskiego statku powietrznego koncesjonowanych linii lotniczych, który zaistniał od chwili, gdy jakakolwiek 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,
2. 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.
3. **Wypadek przy pracy:** nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego zwykłych czynności albo poleceń przełożonych w ramach istnieją­cego stosunku pracy albo stosunku cywilnoprawnego, w ramach, którego opłacane są składki na ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych**.**
4. **Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem
-** naruszenie sprawności organizmu, polegające na fizycznej utracie organu, narządu lub trwałym uszkodzeniu ciała, upośledzeniu czynności organizmu lub narządu, lub ograniczeniu, upośledzeniu ich funkcji.
5. **Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu:** świadczenie wypłacane za każdy procent stwierdzonego trwałego uszczerbku na zdrowiu.
6. **Urodzenie dziecka:** urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Kwota świadczenia określona w SIWZ należna jest za każde dziecko urodzone w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Za urodzenie dziecka uważa się również przysposobienie dziecka.
7. **Urodzenie martwego dziecka:** urodzenie martwego dziecka w rozumieniu przepisów dotyczących porodów i urodzeń w okresie odpowiedzialności Wykonawcy, jeżeli urodzenie zostało zarejestrowane.
8. **Osierocenie dziecka:** osierocenie dziecka, własnego lub przysposobionego, na skutek śmierci ubezpieczonego podczas trwania umowy. Wypłata pełnej kwoty świadczenia przysługuje każdemu dziecku ubezpieczonego.
9. **Szpital**: zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielenia świadczeń zdrowotnych tym chorym, których stan zdrowia wymaga całodobowej opieki lekarsko-pielęgniarskiej.
10. **Leczenie szpitalne:**

Świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu 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.

1. **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.

1. **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.
2. **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 najlżejsze (najprostsze) o najniższej wysokości świadczenia winna wynosić odpowiednio:

- 100% sumy ubezpieczenia dla klasy operacji I,

- min. 50% sumy ubezpieczenia dla klasy II,

- min. 30% sumy ubezpieczenia dla klasy operacji III,

- min. 10% sumy ubezpieczenia dla klasy operacji IV,

- min. 5% sumy ubezpieczenia dla klasy operacji V.

Minimalna suma ubezpieczenia dla świadczenia z tytułu operacji chirurgicznych wynosi odpowiednio:
dla Wariantu I – 3 000 PLN, dla Wariantu II – 4.000 PLN, dla Wariantu III – 5.000 PLN, dla Wariantu IV – 6.000 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.

1. **Niezdolność do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku lub choroby** - oznacza całkowitą trwałą niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej, będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku lub choroby, o ile zgodnie z wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania przez osobę ubezpieczoną zdolności do pracy.
2. **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, bakteryjne zapalenie mózgu, borelioza, operacyjne wykonanie pomostów naczyniowych (by-pass), operacje aorty, choroba Creutzfeldta-Jakoba, niewydolność nerek, nowotwór złośliwy, odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu, sepsa, tężec, udar mózgu, zakażenie wirusem HIV, zawał serca, oparzenia, transplantacja organów, utrata wzroku, oponiak, choroba Parkinsona, wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C, stwardnienie rozsiane, utrata kończyn, utrata słuchu, przeszczep zastawek serca, gruźlica, choroba Huntingtona, bąblowiec mózgu, masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie, ropień mózgu, wścieklizna, zgorzel gazowa, łagodny guz mózgu.
3. **Minimalny katalog ciężkich chorób/poważnych zachorowań małżonka Ubezpieczonego:** za wystąpienie ciężkiej choroby uznaje się ujawnienie lub zdiagnozowanie w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej następujących jednostek chorobowych: anemia aplastyczna, operacyjne wykonanie pomostów naczyniowych (by-pass), choroba Creutzfeldta-Jakoba, niewydolność nerek, nowotwór złośliwy, odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu, udar mózgu, tężec, zakażenie wirusem HIV, zawał serca, oparzenia, transplantacja organów, utrata wzroku, oponiak, choroba Parkinsona, bąblowiec mózgu, masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie, ropień mózgu, sepsa, wścieklizna, zgorzel gazowa.
4. **Minimalny katalog ciężkich chorób/poważnych zachorowań dziecka Ubezpieczonego:** za wystąpienie ciężkiej choroby uznaje się ujawnienie lub zdiagnozowanie w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej następujących jednostek chorobowych: anemia aplastyczna, nowotwór złośliwy
z białaczkami i chłoniakami, niewydolność nerek, bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, oparzenia, przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby, oponiak, łagodny guz mózgu.
5. **Poważne zachorowanie** **Ubezpieczonego** **(ciężka choroba):**
6. **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;
7. **Bakteryjne zapalenie mózgu** **lub opon mózgowo - rdzeniowych** oznacza chorobę zakaźną, rozpozną na podstawie badania gólnego mózgowo-rdzeniowego i dodatniego posiewu płynu mózgowo-rdzeniowego, leczoną w warunkach szpitalnych;
8. **Borelioza** oznacza krętkowicę przenoszoną przez kleszcze przebiegającą z różnorodnymi objawami narządowymi, między innymi ze zmianami skórnymi objawiającymi się rumieniem, zapaleniem stawów, zapaleniem mięśnia sercowego oraz różnorod­nymi objawami neurologicznymi i skutkującą koniecznością lecze­nia szpitalnego. Zdiagnozowanie choroby skutkujące hospitalizacją powinno
być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 69.2) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób
i Problemów Zdrowotnych ICD 10 i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego;
9. **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;
10. **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;
11. **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:
12. poruszania się w domu - poruszania się pomiędzy pomieszczeniami w domu — bez konieczności pomocy osoby drugiej,
13. kontrolowania czynności fizjologicznych - samokontroli w zakresie oddawania kału i moczu oraz utrzymywanie higieny osobistej,
14. ubierania się - samodzielnego ubierania i rozbierania się - bez konieczności pomocy osoby drugiej,
15. mycia i toalety - samodzielnego wykonywania czynności związanych z myciem i higieną osobistą bez konieczności pomocy osoby drugiej,
16. jedzenia - wszystkich czynności związanych z samodzielnym jedzeniem gotowych posiłków;
17. **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;
18. **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:
19. wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem zło­śliwym,
20. wszystkie guzy, gdzie po badaniu histopatologicz­nym stwierdzono stan przednowotworowy lub przedinwazyjny,
21. nowotwory wykazujące zmiany typu carcinoma in situ,
22. choroba Hodgkina w pierwszym stadium,
23. nowotwory będące objawem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HlV;
24. **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;
25. **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;
26. **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);
27. **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;
28. **Zakażenie wirusem HIV**, będące następstwem bezpośredniego wykonania obowiązków zawodowych lub pełnoobjawowe AIDS będące następstwem zakażenia wirusem HIV podczas wykonywania obowiązków zawodowych potwierdzone:
29. prawomocnym orzeczeniem sądu albo
30. 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;

1. **Zawał serca (zawał mięśnia sercowego)** – oznacza:
2. 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

1. zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych do wartości przekraczającej trzykrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym w przypadku zabiegu przezskórnej interwencji wieńcowej (PCI)

lub

1. 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;
1. **Oparzenia** – oparzenia,które wymagają hospitalizacji i obejmują:
2. ponad 60% powierzchni ciała — dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie lub
3. 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;

1. **Transplantacja organów** **(przeszczep narządów)** – przebycie jako biorca operacji przeszczepienia serca, serca i płuc, wątroby lub jej części, lub allogenicznego przeszczepu szpiku kostnego;
2. **Utrata wzroku** - obuoczna, nie podda­jącą 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;
3. **Oponiak** - potwierdzone histopatologicznie rozpoznanie oponiaka mózgu; za oponiaka nie uważa się jakiekolwiek inne zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym, tj. torbiele, ziarniniaki, malformacje naczyniowe, guzy przysadki i rdzenia kręgowego;
4. **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;
5. **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;
6. **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;
7. **Utrata kończyn -** amputacja co najmniej jednej kończyny wskutek choroby:

a)powyżej nadgarstka - w zakresie kończyn górnych,

b) powyżej stawu skokowego - w zakresie kończyn dolnych;

1. **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;
2. **Przeszczep zastawek serca** oznaczawy­mianę 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;
3. **Gruźlica** - choroba zakaźna spowodo­wana prątkiem gruźlicy z zaję­ciem miąższu 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;
4. **Choroba Huntingtona** oznacza postępującą chorobę ośrodkowego układu nerwowego, rozpoznaną przez specjalistę w zakresie neurologii, w oparciu o dostępne w tym zakresie metody diagnostyczne;
5. **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 krwiaków, cyst, torbieli, guzów przysadki
lub rdzenia kręgowego, ziarniniaków, malformacji naczyniowej;
6. **Bąblowiec mózgu -** usunięta chirurgicznie zmiana w mózgu, składającą się z poje­dynczych lub mnogich larw typu echinococcus (pęcherz bąblowcowy), potwierdzoną w rozpoznaniu histopatologicznym;
7. **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;
8. **Ropień mózgu** – usunięta chirurgicznie zmiana w mózgu opisana w rozpoznaniu histopatologicznym jako ropień mózgu;
9. **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);
10. **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;

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) - 32).

 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.

1. **Leczenie specjalistyczne** oznacza taki rodzaj leczenia, który winien obejmować zastosowanie w okresie odpowiedzialności Wykonawcy u Ubezpieczonego któregokolwiek z zabiegów medycznych określonych poniżej:
2. chemioterapii - metoda systemowego leczenia choroby nowotworowej za pomocą przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego z grupy leków L według klasyfikacji ATC podanego drogą pozajelitową,
3. radioterapii - leczenie choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego,
4. terapii interferonowej - podawanie drogą pozajelitową interferonu jako metoda leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C oraz stwardnienia rozsianego,
5. 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,
6. wszczepienia rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora) – zabieg wszczepienia do ciała chorego urządzenia elektronicznego służącego do pobudzania rytmu serca,
7. 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.
1. **Ryczałt na leki (karta apteczna) -** możliwość bezgotówkowego odbioru produktów o wartości do
300 PLN dostępnych we wskazanych przez Wykonawcę aptekach, przysługująca Ubezpieczonemu po pobycie w szpitalu trwającym przez minimum 3 dni. W każdym okresie kolejnych 12 miesięcy, trwającym między rocznicami polisy, przyznaje się ubezpieczonemu prawo do odbioru produktów w aptece maksymalnie za trzy rozpo­częte w tym okresie pobyty 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.

Zamawiający dopuszcza realizację świadczenia określonego jako „ryczałt na leki” w postaci świadczenia pieniężnego – przelewu bankowego, wypłacanego razem ze zgłoszonym świadczeniem z tytułu pobytu
w szpitalu.

1. **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.
7. **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:

1. działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału w aktach terroru, czynnego udziału w zamieszkach, rozruchach społecznych,
2. 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:

1. w następstwie działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału w aktach terroru, czynnego udziału w zamieszkach, rozruchach społecznych,
2. w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego/małżonka czynu, który spełnia ustawowe znamiona przestępstwa umyślnego,
3. w wyniku samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę oraz w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego/małżonka samobójstwa,
4. w wyniku zatrucia spowodowanego spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków lub środków odurzających, substancji psy­chotropowych czy też środków zastępczych w rozumieniu przepisów
o przeciwdziałaniu narkomanii,
5. 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,
6. 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,
7. 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,
8. 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,
9. w następstwie skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania,
10. W wyniku wypadku komunikacyjnego podczas prowadzenia przez ubezpieczonego (lub, odpowiednio współmałżonka) pojazdu jeżeli ubezpieczony (lub odpowiednio małżonek) prowadził pojazd, który nie posiada aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile te okoliczności przyczyniły się do zajścia zdarzenia,
11. 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, małżonka, dziecka:**

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

1. w następstwie działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru, czynnego udziału ubezpieczonego w masowych rozruchach społecznych,
2. w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który spełnia ustawowe znamiona przestępstwa umyślnego,
3. 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,
4. 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,
5. 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,
6. w wyniku samookaleczenia, okaleczenia na własną prośbę lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa,
7. 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,
8. 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:

1. działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru, czynnego udziału Ubezpieczonego
w zamieszkach, rozruchach społecznych,
2. popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu, który spełnia ustawowe znamiona przestępstwa umyślnego,
3. samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę oraz usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego,
4. 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,
5. 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,
6. 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,
7. 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,
8. wszelkich zaburzeń psychicznych, nerwic i uzależnień,
9. ciąży, usuwania ciąży, porodu i połogu - poza przypadkami, gdy zdiagnozowano ciążę wysokiego ryzyka, poród o przebiegu patologicznym oraz komplikacje połogu stanowiące zagrożenie dla życia kobiety,
10. 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,
11. 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,
12. katastrof powodujących skażenie promieniotwórcze, chemiczne bądź biologiczne,
13. padaczki, z wyłączeniem padaczki objawowej będącej objawem innej choroby,
14. w związku z leczeniem i zabiegami stomatologicznymi, chyba że wynikają one z konieczności leczenia obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
15. 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:

1. w wyniku działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru, czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach społecznych,
2. wskutek katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie promieniami jonizującymi lub skażenie chemiczne, biologiczne,
3. w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu, który spełnia ustawowe znamiona przestępstwa umyślnego,
4. w wyniku samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę oraz usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego,
5. 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,
6. 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,
7. 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,
8. 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).
1. **ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ**

**Zakres ubezpieczenia i tabela świadczeń dla ubezpieczonych w Wariancie I**

| **Lp.** | **Zakres ubezpieczenia/Rodzaj świadczenia** | **Minimalna wysokość świadczenia w PLN** |
| --- | --- | --- |
| **ŚWIADCZENIA OBLIGARTORYJNE** |
| 1 | Śmierć naturalna ubezpieczonego | 35 000 |
| 2 | Śmierć ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 70 000 |
| 3 | Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy | 120 000 |
| 4 | Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego | 115 000 |
| 5 | Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy | 160 000 |
| 6 | Śmierć ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu | 70 000 |
| 7 | Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku - za 1% trwałego uszczerbku | 400 |
| 8 | Niezdolność do pracy wskutek NNW lub choroby  | 30 000 |
| 9 | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | 6 000 |
| 10 | Operacje chirurgiczne:Grupa IGrupa II Grupa IIIGrupa IV Grupa V | 2 2001 100660220110 |
| 11 | Leczenie szpitalne: |  |
| * świadczenie za każdy dzień pobytu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pobytu)
 | 100 |
| * świadczenie za każdy dzień pobytu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (od 15 dnia pobytu)
 | 50 |
| * świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu spowodowany chorobą
 | 50 |
| 12 | Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu na OIOM / OIT | 500 |
| 13 | Dzienne świadczenie z tytułu rekonwalescencji | 50 |
| 14 | Śmierć małżonka/partnera życiowego  | 13 000 |
| 15 | Śmierć małżonka/partnera życiowego wskutek NW  | 26 000 |
| 16 | Poważne zachorowanie małżonka/partnera życiowego | 3 700 |
| 17 | Śmierć rodzica lub rodzica małżonka/partnera życiowego | 1 800 |
| 18 | Urodzenie się dziecka | 1 200 |
| 19 | Urodzenie martwego dziecka | 4 725 |
| 20 | Osierocenie dziecka | 4 400 |
| 21  | Śmierć dziecka  | 3 800 |
| 22 | Poważne zachorowanie dziecka | 4 000 |
| 23 | Leczenie specjalistyczne | 3 000 |
| **ŚWIADCZENIA FAKULTATYWNE** |
| 24 | Leczenie szpitalne małżonka/partnera życiowego choroba/NNW  | 50 |
| 25 | ASSISTANCE medyczny  | TAK / NIE |
| 26 | Ryczałt na leki (karta apteczna) | TAK / NIE |
| **Składka miesięczna** | **max 55,00** |

**Zakres ubezpieczenia i tabela świadczeń dla ubezpieczonych w Wariancie II**

| **Lp.** | **Zakres ubezpieczenia/Rodzaj świadczenia** | **Minimalna wysokość świadczenia w PLN** |
| --- | --- | --- |
| **ŚWIADCZENIA OBLIGARTORYJNE** |
| 1 | Śmierć naturalna ubezpieczonego | 50 000 |
| 2 | Śmierć ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 100 000 |
| 3 | Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy | 150 000 |
| 4 | Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego | 160 000 |
| 5 | Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy | 200 000 |
| 6 | Śmierć ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu | 100 000 |
| 7 | Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku - za 1% trwałego uszczerbku | 500 |
| 8 | Niezdolność do pracy wskutek NNW lub choroby  | 38 000 |
| 9 | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | 8 800 |
| 10 | Operacje chirurgiczne:Grupa IGrupa II Grupa IIIGrupa IV Grupa V | 3 0001 500900300150 |
| 11 | Leczenie szpitalne: |  |
| * świadczenie za każdy dzień pobytu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pobytu)
 | 120 |
| * świadczenie za każdy dzień pobytu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (od 15 dnia pobytu)
 | 60 |
| * świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu spowodowany chorobą
 | 60 |
| 12 | Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu na OIOM / OIT | 500 |
| 13 | Dzienne świadczenie z tytułu rekonwalescencji | 50 |
| 14 | Śmierć małżonka/partnera życiowego  | 15 000 |
| 15 | Śmierć małżonka/partnera życiowego wskutek NW  | 33 000 |
| 16 | Poważne zachorowanie małżonka/partnera życiowego | 5 300 |
| 17 | Śmierć rodzica lub rodzica małżonka/partnera życiowego | 2 000 |
| 18 | Urodzenie się dziecka | 1 500 |
| 19 | Urodzenie martwego dziecka | 5 040 |
| 20 | Osierocenie dziecka | 6 050 |
| 21  | Śmierć dziecka  | 4 500 |
| 22 | Poważne zachorowanie dziecka | 5 300 |
| 23 | Leczenie specjalistyczne | 5 000 |
| **ŚWIADCZENIA FAKULTATYWNE** |
| 24 | Leczenie szpitalne małżonka/partnera życiowego choroba/NNW | 50 |
| 25 | ASSISTANCE medyczny  | TAK / NIE |
| 26 | Ryczałt na leki (karta apteczna) | TAK / NIE |
| **Składka miesięczna** | **max 65,00** |

**Zakres ubezpieczenia i tabela świadczeń dla ubezpieczonych w Wariancie III**

|  **Lp.** | **Zakres ubezpieczenia/Rodzaj świadczenia** | **Minimalna wysokość świadczenia w PLN** |
| --- | --- | --- |
| **ŚWIADCZENIA OBLIGARTORYJNE** |
| 1 | Śmierć naturalna ubezpieczonego | 70 000 |
| 2 | Śmierć ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 140 000 |
| 3 | Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy | 210 000 |
| 4 | Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego | 230 000 |
| 5 | Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy | 280 000 |
| 6 | Śmierć ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu | 140 000 |
| 7 | Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku - za 1% trwałego uszczerbku | 700 |
| 8 | Niezdolność do pracy wskutek NNW lub choroby  | 38 000 |
| 9 | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | 15 000 |
| 10 | Operacje chirurgiczne:Grupa IGrupa II Grupa IIIGrupa IV Grupa V | 6 0003 0001 800600300 |
| 11 | Leczenie szpitalne: |  |
| * świadczenie za każdy dzień pobytu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pobytu)
 | 140 |
| * świadczenie za każdy dzień pobytu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (od 15 dnia pobytu)
 | 70 |
| * świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu spowodowany chorobą
 | 70 |
| 12 | Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu na OIOM / OIT | 500 |
| 13 | Dzienne świadczenie z tytułu rekonwalescencji | 70 |
| 14 | Śmierć małżonka/partnera życiowego  | 16 000 |
| 15 | Śmierć małżonka/partnera życiowego wskutek NW  | 40 600 |
| 16 | Poważne zachorowanie małżonka/partnera życiowego | 6 200 |
| 17 | Śmierć rodzica lub rodzica małżonka/partnera życiowego | 2 550 |
| 18 | Urodzenie się dziecka | 0 |
| 19 | Urodzenie martwego dziecka | 0 |
| 20 | Osierocenie dziecka | 5 700 |
| 21  | Śmierć dziecka  | 8 000 |
| 22 | Poważne zachorowanie dziecka | 6 500 |
| 23 | Leczenie specjalistyczne | 5 000 |
| **ŚWIADCZENIA FAKULTATYWNE** |
| 24 | Leczenie szpitalne małżonka/partnera życiowego choroba/NNW | 50 |
| 25 | ASSISTANCE medyczny  | TAK / NIE |
| 26 | Ryczałt na leki (karta apteczna) | TAK / NIE |
| **Składka miesięczna** | **max 75,00** |

**Zakres ubezpieczenia i tabela świadczeń dla ubezpieczonych w Wariancie IV**

|  **Lp.** | **Zakres ubezpieczenia/Rodzaj świadczenia** | **Minimalna wysokość świadczenia w PLN** |
| --- | --- | --- |
| **ŚWIADCZENIA OBLIGARTORYJNE** |
| 1 | Śmierć naturalna ubezpieczonego | 80 000 |
| 2 | Śmierć ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 160 000 |
| 3 | Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy | 220 000 |
| 4 | Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego | 240 000 |
| 5 | Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy | 300 000 |
| 6 | Śmierć ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu | 200 000 |
| 7 | Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku - za 1% trwałego uszczerbku | 1 000 |
| 8 | Niezdolność do pracy wskutek NNW lub choroby  | 50 000 |
| 9 | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | 25 000 |
| 10 | Operacje chirurgiczne:Grupa IGrupa II Grupa IIIGrupa IV Grupa V | 8 0004 0002 400800400 |
| 11 | Leczenie szpitalne: |  |
| * świadczenie za każdy dzień pobytu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pobytu)
 | 250 |
| * świadczenie za każdy dzień pobytu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (od 15 dnia pobytu)
 | 100 |
| * świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu spowodowany chorobą
 | 100 |
| 12 | Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu na OIOM / OIT | 500 |
| 13 | Dzienne świadczenie z tytułu rekonwalescencji | 100 |
| 14 | Śmierć małżonka/partnera życiowego  | 20 000 |
| 15 | Śmierć małżonka/partnera życiowego wskutek NW  | 0 |
| 16 | Poważne zachorowanie małżonka/partnera życiowego | 0 |
| 17 | Śmierć rodzica lub rodzica małżonka/partnera życiowego | 3 000 |
| 18 | Urodzenie się dziecka | 0 |
| 19 | Urodzenie martwego dziecka | 0 |
| 20 | Osierocenie dziecka | 0 |
| 21  | Śmierć dziecka  | 0 |
| 22 | Poważne zachorowanie dziecka | 0 |
| 23 | Leczenie specjalistyczne | 5 000 |
| **ŚWIADCZENIA FAKULTATYWNE** |
| 24 | Leczenie szpitalne małżonka/partnera życiowego choroba/NNW | 50 |
| 25 | ASSISTANCE medyczny  | TAK / NIE |
| 26 | Ryczałt na leki (karta apteczna) | TAK / NIE |
| **Składka miesięczna** | **max 85,00** |

1. **GWARANCJA INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI UBEZPIECZENIA**
2. Umowa grupowego ubezpieczenia na życie dla pracowników Zespołu Opieki Zdrowotnej w Oświecimiu oraz członków ich rodzin winna gwarantować Ubezpieczonym prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia po ustaniu stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Zamawiającym, na warunkach określonych w niniejszym rozdziale.
3. Minimalny zakres ubezpieczenia w ramach Indywidualnej Kontynuacji winien obejmować następujący zakres:
4. śmierć ubezpieczonego,
5. śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
6. trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
7. śmierć współmałżonka,
8. śmierć rodziców ubezpieczonego,
9. śmierć teściów ubezpieczonego,
10. 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 i będą obowiązywały bez zmian dożywotnio.

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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).
6. **INNE POSTANOWIENIA**
7. Zamawiający wymaga spełnienia określonych w rozdziale VI niniejszego załącznika rodzajów
i wysokości świadczeń. Podane wysokości świadczeń dla Wariantu I, Wariantu II, Wariantu III i Wariantu IV są wartościami minimalnymi do wykonania przedmiotu zamówienia przez Wykonawcę.
8. Podane przez Zamawiającego wysokości składek ubezpieczeniowych dla jednego Ubezpieczonego
w Wariancie I, Wariancie II, Wariancie III i Wariancie IV są wysokościami maksymalnymi do wykonania przedmiotu zamówienia.
9. 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.
10. 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 zwalniała 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.
11. Przystąpienie pracownika, w tym również członków ich rodzin odbywać się będzie wyłącznie na podstawie wypełnionej i podpisanej deklaracji przystąpienia.
12. Pracownik, który przystępuje do umowy ubezpieczenia składa deklarację przystąpienia do ubezpieczenia. Gdy do ubezpieczenia przystępuje także małżonek, pełnoletnie dzieci pracownika składają również deklarację przystąpienia.
13. Ubezpieczony wyznacza w deklaracji przystąpienia osoby uposażone do wypłaty świadczeń. Ubezpieczony w każdym czasie trwania niniejszej umowy ma prawo do zmiany uposażonych.
14. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie złożyć rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej, składając pisemne oświadczenie Ubezpieczającemu o rezygnacji, które będzie skutkować końcem odpowiedzialności Ubezpieczyciela z upływem ostatniego dnia miesiąca polisy, za jaki przekazano składkę.
15. Likwidacja szkód i sprawozdawczość w tym zakresie należy do Wykonawcy. Wykonawca zobowiązuje się do przedstawienia Zamawiającemu do 30.06.2023r. raportu szkodowości za okres od początku ochrony ubezpieczeniowej do 31.05.2023r., co oznacza, że Wykonawca przedstawi dane o:
* ilości i rodzaju wypłaconych świadczeń,
* wysokości wypłaconych świadczeń.
1. 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.
2. Dokumenty potwierdzające zawarcie umowy ubezpieczenia (polisy) Wykonawca zobowiązuje się wystawić i doręczyć Zamawiającemu do końca pierwszego miesiąca ochrony ubezpieczeniowej.