

oznaczenie sprawy: ZP 76/XI/2020

Poznań, 29.12.2020 r.

Wszyscy Wykonawcy

dotyczy: przetargu nieograniczonego na usługę dobrowolnego grupowego ubezpieczenia na życie oraz zdrowie dla pracowników RON i żołnierzy zawodowych, ich współmałżonków oraz pełnoletnich dzieci.

Odpowiedzi na zapytania do SIWZ

mBroker NET Sp. z o.o. z siedzibą w Poznaniu przy ul. Wilanowskiej 50 jako pełnomocnik Zamawiającego: 31 Bazy Lotnictwa Taktycznego z siedzibą w Poznaniu, na podstawie art. 38 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity: Dz.U. z 2019r. poz. 1843 z późn. zm.), udziela następujących wyjaśnień co do treści Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia:

Pytanie nr 1

W związku z wejściem w życie nowej ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu Wykonawca jest zobowiązany do stosowania środków bezpieczeństwa finansowego wprowadzonych przez ww. ustawę. Na etapie zawierania umowy ubezpieczenia prześlemy Państwu do wypełnienia druk oświadczenia Beneficjenta Rzeczywistego/ Reprezentanta/ Pełnomocnika. Wzór oświadczenia przesyłamy w załączeniu.

Odpowiedź:

Zamawiający wyraża zgodę na wypełnienie załączonego oświadczenia.

Pytanie nr 2

Załącznik nr 1, Formularz oferty pkt. 4 - Wykonawca zwraca uwagę, że do punktu wkraśl się prawdopodobnie błąd „Oświadczamy, że akceptujemy Istotne Postanowienia Umowy określone w załączniku nr 4 do SIWZ.”, Postanowienia umowy stanowią załącznik nr 5.

Odpowiedź:

Zamawiający potwierdza, iż wkraśl się błąd pisarski – we wskazanym punkcie powinno być „załączniku nr 5 do SIWZ”. Zapis zostanie skorygowany.

Pytanie nr 3

SIWZ III Opis Przedmiotu Zamówienia , pkt. 2 – zakres dotyczy pracowników RON żołnierzy zawodowych 31 Bazy Lotnictwa taktycznego oraz jednostek będących na jej zaopatrzeniu finansowym – jakie jednostki Zamawiający ma na myśli, prosimy o podanie ich nazw wraz z numerami REGON oraz struktura zatrudnienia.

Odpowiedź:

Jednostki będące na zaopatrzeniu:

19 Samodzielny Oddział Geograficzny,
Inspektorat Ministerstwa Obrony Narodowej do spraw Bezpieczeństwa Lotów,
Wojskowa Komenda Uzupełnień w Lesznie,
2 Skrzydło Lotnictwa Taktycznego,
Mobilna Jednostka Dowodzenia Operacjami Powietrznymi,
Specjalistyczny Wojskowy Ośrodek Metrologii,
Rejonowe Laboratorium MPS Poznań,
Ośrodek Szkolenia Wysokościowo-Ratowniczego i Spadochronowego.

W odrębnym komunikacie załączono plik ze strukturą zatrudnienia wskazanych jednostek. Mniejsze jednostki wojskowe nie posiadają odrębnych numerów REGON.

Pytanie nr 4

Załącznik nr 4, SOPZ, III, cz I, pkt. 14 - Wykonawca prosi o potwierdzenie, że podana wysokość kurtażu stanowi wartość brutto.

Odpowiedź:

Zamawiający potwierdza, że podana wysokość kurtażu stanowi wartość brutto.

Pytanie nr 5

Załącznik nr 4, SOPZ, III, cz I, pkt. 14 - Wykonawca prosi o potwierdzenie, że wskazana w pkt. 14) wysokość kosztów łączących kurtaż w którym jest ujęte wynagrodzenie dla osób wykonujących czynności administracyjne stanowi wszystkie koszty jakie mają zostać w kalkulowane do oferty.

Odpowiedź:

Zamawiający potwierdza, że wskazany kurtaż stanowi wszystkie koszty jakie mają zostać w kalkulowane do oferty.

Pytanie nr 6

Załącznik nr 4, SOPZ, III, cz II, pkt. 11 - Wykonawca prosi o potwierdzenie, że podana wysokość kurtażu stanowi wartość brutto.

Odpowiedź:

Zamawiający potwierdza, że podana wysokość kurtażu stanowi wartość brutto.

Pytanie nr 7

Załącznik nr 4, SOPZ, III, cz II, pkt. 11 - Wykonawca prosi o potwierdzenie, że wskazana w pkt. 14) wysokość kosztów łączących kurtaż w którym jest ujęte wynagrodzenie dla osób wykonujących czynności administracyjne stanowi wszystkie koszty jakie mają zostać w kalkulowane do oferty.

Odpowiedź:

Zamawiający potwierdza, że wskazany kurtaż stanowi wszystkie koszty jakie mają zostać w kalkulowane do oferty.

Pytanie nr 8

JEDZ, CZĘŚĆ IV – Wykonawca prosi o informację czy w części IV poza uzupełnienie sekcji alfa powinien wypełniać w części IV informacje dotyczące posiadania określonego w SIWZ zezwolenia oraz wykonania określonego rodzaju usług.

Odpowiedź:

Zgodnie z SIWZ pkt VI: „Wykonawca w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu w zakresie kryteriów kwalifikacji opisanych w części IV JEDZ, wypełnia sekcję ALFA (A) w części IV.” Wypełnienie sekcji ALFA jest zatem wystarczające.

Pytanie nr 9

Oferta, Tabela B, SOPZ, IV – Wykonawca prosi o potwierdzenie, czy w przypadku Wariantu VI i wysokości świadczeń za pobyt w szpitalu z powodu choroby / powodów innych niż choroba od 14 dnia wysokości świadczeń faktycznie mają się różnić? (80 zł dla pierwszego przypadku, 60 zł dla pozostałych)?

Odpowiedź:

Zamawiający potwierdza, iż wkradł się błąd przy przepisaniu wysokości świadczenia we wskazanym punkcie. Wysokość świadczenie powyżej 14 dnia powinien być równy wysokości świadczenia za pobyt wskutek choroby – i powinien wynosić w 80 zł. Zapis zostanie skorygowany.

Pytanie nr 10

SOPZ, III.I.2, III.I.5 i dalej – Czy Zamawiający potwierdzi, że wszędzie tam, gdzie mowa jest o osobach „dotychczas ubezpieczonych” warunkiem przyznania im szczególnych praw będzie zachowanie ciągłości opłaty składki między umową zawartą na podstawie niniejszego postępowania a poprzednią umową grupowego ubezpieczenia na życie, którą objęte były te osoby?

Odpowiedź:

Zamawiający potwierdza interpretację Wykonawcy.

Pytanie nr 11

SOPZ, III.I.9 – Czy Zamawiający potwierdzi, że zdarzenia, o których mowa w punkcie, również powinny zdarzyć się w czasie dotychczasowego ubezpieczenia grupowego funkcjonującego u Zamawiającego bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia z Wykonawcą?

Odpowiedź:

Zamawiający potwierdza interpretację Wykonawcy.

Pytanie nr 12

SOPZ, III.I.10 – Wykonawca prosi o wskazanie, ile dokładnie (w latach kalendarzowych) ma najstarszy obecnie ubezpieczony żołnierz / pracownik RON oraz małżonek / partner życiowy.

Odpowiedź:

Najstarszy obecnie ubezpieczony żołnierz/pracownik RON ma 76 lat (rocznik 1944).

Najstarszy obecnie ubezpieczony małżonek/partner życiowy ma 75 lat (rocznik 1945).

Pytanie nr 13

SOPZ, III.I.16 – Wykonawca prosi o wskazanie, że Zamawiający wymagać będzie sześciu polis – po jednej na każdy wariant ubezpieczenia.

Odpowiedź:

Zamawiający nie precyzuje sposobu wystawiania polis przez Wykonawcę. Akceptuje on zarówno wystawienie odrębnej polisy dla każdego wariantu, jak i wystawienie jednej polisy z 6 podgrupami/wariantami ochrony.

Pytanie nr 14

SOPZ, VI.1.2 – Czy składka za rozszerzenie oferty o dodatkowe świadczenie z tytułu operacji chirurgicznej ma być wliczona w ramy składki podstawowej i podlegać rygorowi składki maksymalnej, czy, jak w przypadku punktu VI.1.1 – może być liczona odrębnie i nie podlegać ocenie?

Odpowiedź:

Składka za rozszerzenie oferty o dodatkowe świadczenie z tytułu operacji chirurgicznej ma być wliczona w ramy składki podstawowej i podlegać rygorowi składki maksymalnej.

Pytanie nr 15

SOPZ, VII.I.c – Wykonawca prosi o:

- 1) Potwierdzenie, że definicja wypadku przy pracy dotyczy będzie wszystkich osób ubezpieczonych w ramach umowy ubezpieczenia,
- 2) Zgodę na to, by Wykonawca mógł dla realizacji roszczenia żądać stosownych dokumentów, przewidzianych dla wypadków przy pracy związanych ze służbą wojskową.

Odpowiedź:

Zamawiający potwierdza, że definicja wypadku przy pracy dotyczy będzie wszystkich osób ubezpieczonych w ramach umowy ubezpieczenia. Zgodnie z przepisami prawa, Zamawiający nie może udostępniać dokumentów wypadkowych.

Pytanie nr 16

SOPZ, VII.I.d – Wykonawca zwraca się z prośbą o możliwość zastosowania, jako równoległych, definicji „zawału serca” zawartych w ramach swoich ogólnych warunków:

- W przypadku ryzyka śmierci w skutek zawału serca – analogicznej do zapisów SIWZ: **zawał serca** – *martwica części mięśnia sercowego spowodowana nagłym zmniejszeniem dopływu krwi do tej części mięśnia sercowego.*

- W przypadku trwałego uszczerbku w wyniku zawału serca, ciężkiej choroby ubezpieczonego / małżonka ubezpieczonego oraz pobytu w szpitalu wskutek zawału serca: **zawał serca** – *który jest uszkodzeniem części mięśnia sercowego w wyniku ostrego niedokrwienia. Odpowiadamy wyłącznie za taki zawał serca, którego rozpoznanie potwierdza wzrost lub spadek stężenia troponiny sercowej, przy co najmniej jednej wartości powyżej normy, oraz spełnione jest co najmniej jedno z następujących kryteriów:*

a) *kliniczne objawy niedokrwienia mięśnia sercowego,*

b) *nowe niedokrwienne zmiany w EKG,*

c) *nowy ubytek żywego mięśnia sercowego w badaniach obrazowych lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada*

etiologii niedokrwiennej,

d) skrzeplina w tętnicy wieńcowej stwierdzona w koronarografii.

Odpowiadamy również za zawał związany z zabiegiem na tętnicach wieńcowych, o ile w badaniach obrazowych stwierdzono nowy ubytek żywego mięśnia sercowego o umiejscowieniu odpowiadającym etiologii niedokrwiennej lub w koronarografii stwierdzono powikłania zabiegu ograniczające przepływ krwi oraz w którym stwierdzono wzrost stężenia troponiny sercowej we krwi do wartości:

a) 5-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z przezskórną interwencją wieńcową lub

b) 10-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z pomostowaniem tętnic wieńcowych.

- W przypadku operacji chirurgicznych (w razie rozszerzenia oferty o świadczenie fakultatywne): **zawał serca** – który jest uszkodzeniem części mięśnia sercowego w wyniku ostrego niedokrwienia. Odpowiadamy wyłącznie za taki zawał serca, którego rozpoznanie potwierdza wzrost lub spadek stężenia troponiny sercowej, przy co najmniej jednej wartości powyżej normy, oraz spełnione jest co najmniej jedno z następujących kryteriów:

a) kliniczne objawy niedokrwienia mięśnia sercowego,

b) nowe niedokrwienne zmiany w EKG,

c) nowy ubytek żywego mięśnia sercowego w badaniach obrazowych lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej,

d) skrzeplina w tętnicy wieńcowej stwierdzona w koronarografii.

Odpowiedź:

Zamawiający wyraża zgodę na zastosowanie równoległych definicji wskazanych przez Wykonawcę.

Pytanie nr 17

SOPZ, VII.1.e– Wykonawca zwraca się z prośbą o możliwość zastosowania, jako równoległych, definicji „udar mózgu”:

- W przypadku ryzyka śmierci w skutek zawału serca:

Tylko taki **udar** (udar mózgu), który oznacza nagłe ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, 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. Nie ponosimy odpowiedzialności za udar, jeżeli przed początkiem odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego zdiagnozowano udar, przemijające niedokrwienie mózgu tzw. TIA, miażdżycę naczyń mózgowych.

- W przypadku trwałego uszczerbku w wyniku zawału serca, ciężkiej choroby ubezpieczonego / małżonka ubezpieczonego:

Tylko taki **udar** (udar mózgu), który jest nagłym, ogniskowym lub uogólnionym zaburzeniem czynności

mózgu spowodowanym wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany, które spowodowało trwały ubytek neurologiczny. Odpowiadamy wyłącznie za taki udar mózgu z ubytkiem neurologicznym, w którym:

a) badania obrazowe mózgu jednoznacznie potwierdziły świeże zmiany naczyniopochodne lub udar mózgu był leczony trombolitycznie oraz

b) badanie neurologiczne, przeprowadzone 3 miesiące po wystąpieniu udaru mózgu, potwierdziło utrzymywanie się w związku z tym udarem ubytku neurologicznego.

Nasza odpowiedzialność nie obejmuje udaru mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym, który ma przyczynę inną niż naczyniowa lub powstał wskutek urazu lub przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (tzw. TIA).

Nasza odpowiedzialność nie obejmuje także udaru mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano udar mózgu, przemijające niedokrwienie mózgu tzw. TIA, miażdżycę naczyń mózgowych.

- W przypadku ciężkiej choroby ubezpieczonego / małżonka ubezpieczonego oraz pobytu w szpitalu wskutek zawału serca:

Tylko taki **udar** (udar mózgu), który jest nagłym, ogniskowym lub uogólnionym zaburzeniem czynności

mózgu spowodowanym wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany. Odpowiadamy wyłącznie za taki udar mózgu ,w którym:

- a) badania obrazowe mózgu jednoznacznie potwierdziły świeże zmiany naczyniopochodne lub udar mózgu był leczony trombolitycznie oraz
- b) badanie neurologiczne, przeprowadzone 3 miesiące po wystąpieniu udaru mózgu, potwierdziło utrzymywanie się w związku z tym udarem ubytku neurologicznego.

Nasza odpowiedzialność nie obejmuje udaru mózgu, który ma przyczynę inną niż naczyniowa lub powstał wskutek urazu lub przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (tzw. TIA).

Nasza odpowiedzialność nie obejmuje także udaru mózgu, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano udar mózgu, przemijające niedokrwienie mózgu tzw. TIA, miażdżycę naczyń mózgowych.

- W przypadku ciężkiej choroby ubezpieczonego / małżonka ubezpieczonego oraz operacji chirurgicznych (w razie rozszerzenia oferty o świadczenie fakultatywne):

udar mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym, który jest nagłym, ogniskowym lub uogólnionym

zaburzeniem czynności mózgu spowodowanym wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany, które spowodowało trwały ubytek neurologiczny. Odpowiadamy wyłącznie za taki udar mózgu z ubytkiem neurologicznymi, w którym:

- a) badania obrazowe mózgu jednoznacznie potwierdziły świeże zmiany naczyniopochodne lub udar mózgu był leczony trombolitycznie oraz
- b) badanie neurologiczne, przeprowadzone 3 miesiące po wystąpieniu udaru mózgu, potwierdziło utrzymywanie się w związku z tym udarem ubytku neurologicznego;

Nasza odpowiedzialność nie obejmuje takiego udaru, który ma przyczynę inną niż naczyniowa lub powstał wskutek urazu lub przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (tzw. TIA).

Odpowiedź:

Zamawiający wyraża zgodę na zastosowanie równoległych definicji wskazanych przez Wykonawcę.

Pytanie nr 18

SOPZ, VIII.I - Wykonawca prosi o potwierdzenie, że w przypadku ryzyk nie wymienionych w dziale VIII.I – zastosowanie będą miały zapisy ogólnych warunków Wykonawców.

Odpowiedź:

Zamawiający potwierdza, że w przypadku ryzyk nie wymienionych w dziale VIII.I – zastosowanie będą miały zapisy Ogólnych Warunków Wykonawców.

Pytanie nr 19

SOPZ, VII.I.m oraz VIII.1.6 - Wykonawca prosi, aby:

I. mógł w Ofercie zastosować, jako równoważne, następujące jednostki chorobowe – dla punktu VII.I.m:

- 1) anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)
- 2) bąblowiec mózgu
- 3) chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (bypass)
- 4) choroba CreutzfeldtaJakoba
- 5) zator tętnicy płucnej
- 6) przewlekła niewydolność nerek
- 7) nowotwór złośliwy
- 8) kleszczowe zapalenie mózgu
- 9) ropień mózgu
- 10) sepsa (posocznica)
- 11) tężec
- 12) udar mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym
- 13) wścieklizna
- 14) zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji
- 15) zakażenie wirusem HIV zawodowe
- 16) zawał serca

- 17) zgorzel gazowa
- 18) neuroborelioza
- 19) chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej
- 20) chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej
- 21) gruźlica
- 22) schyłkowa niewydolność wątroby
- 23) utrata kończyny
- 24) całkowita utrata słuchu w obydwu uszach
- 25) chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca
- 26) choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)
- 27) choroba Huntingtona
- 28) bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo – rdzeniowych
- 29) zakażona martwica trzustki
- 30) bakteryjne zapalenie wsierdza
- 31) stwardnienie rozsiane
- 32) ciężkie oparzenie
- 33) transplantacja
- 34) całkowita utrata wzroku w obydwu oczach
- 35) niezłośliwy guz mózgu
- 36) choroba Parkinsona

oraz jednostki „reumatoidalne zapalenie stawów”.

II. mógł w Ofercie zastosować, jako równoważne, następujące zapisy w miejsce tych wskazanych w punkcie VIII.1.6:

Nie ponosimy odpowiedzialności z tytułu ciężkiej choroby, jeśli:

- 1) wystąpienie ciężkiej choroby jest następstwem nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił:
 - a) w wyniku działań wojennych,
 - b) gdy ubezpieczony czynnie uczestniczył w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
 - c) gdy ubezpieczony usiłował popełnić lub popełnił czyn, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - d) gdy ubezpieczony uczestniczył w wypadku komunikacyjnym, w którym kierował pojazdem:
 - bez uprawnień,
 - w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości – w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
- jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście wypadku komunikacyjnego;
- e) gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych
 - w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii
 - jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku;
- 2) wystąpienie ciężkiej choroby jest następstwem:
 - a) samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - b) bezpośredniego zatrucia spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile zatrucie miało wpływ na zajście zdarzenia,
 - c) użycia przez ubezpieczonego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego;
 - d) uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem lub zabiegami diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku,
 - e) zawodowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego.
1. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje także:

- 1) w przypadku wystąpienia chirurgicznego leczenia choroby aorty brzusznej – operacji chirurgicznej izolowanych zmian w odgałęzieniach aorty brzusznej;
 - 2) w przypadku wystąpienia chirurgicznego leczenia choroby aorty piersiowej – operacji chirurgicznej izolowanych zmian w odgałęzieniach aorty piersiowej;
 - 3) w przypadku wystąpienia chirurgicznego leczenia zastawkowej wady serca – zabiegów rekonstrukcji ani plastyki nieprawidłowo pracujących elementów zastawek naturalnych;
 - 4) w przypadku wystąpienia choroby Parkinsona – parkinsonizmu objawowego;
 - 5) w przypadku wystąpienia niezłośliwego guza mózgu – torbieli, ziarniniaków, malfornacji naczyniowych, krwiałków mózgu, guzów przysadki mózgowej;
 - 6) w przypadku wystąpienia nowotworu złośliwego:
 - a) nowotworów ocenionych w badaniu histopatologicznym jako łagodne, o granicznej złośliwości, potencjalnie małej złośliwości, nieinwazyjne lub przedinwazyjne (tzw. in situ),
 - b) zmian o cechach dysplazji,
 - c) ziarnicy złośliwej w pierwszym stadium,
 - d) czerniaka złośliwego skóry opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0 oraz wszystkich nowotworów skóry w tym chłoniaka skóry,
 - e) brodawkowego raka tarczycy opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0,
 - f) nowotworu złośliwego gruczołu krokowego (prostaty, stercza) opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0 lub T1bN0M0,
 - g) dysplazji szyjki macicy i nowotworu złośliwego szyjki macicy opisanego wg skali CIN jako CIN1, CIN2 lub CIN3,
 - h) wszystkich nowotworów związanych z AIDS i zakażeniem wirusem HIV;
 - 7) w przypadku wystąpienia przewlekłej niewydolności nerek – ostrej niewydolności nerek, która jest odwracalna i która wymaga jedynie czasowej dializoterapii;
 - 8) w przypadku wystąpienia schyłkowej niewydolności wątroby – takiej, która jest spowodowana alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji toksycznych dla wątroby;
 - 9) w przypadku wystąpienia udaru mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym – takiego, który ma przyczynę inną niż naczyniowa lub powstał wskutek urazu lub przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (tzw. TIA).
2. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje także:
- 1) całkowitej utraty słuchu w obydwu uszach, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano nowotwór lub otosklerozę, które były przyczyną utraty słuchu;
 - 2) całkowitej utraty wzroku w obydwu oczach, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano zwyrodnienie plamki żółtej, jaskrę lub cukrzycę, które były przyczyną utraty wzroku;
 - 3) chirurgicznego leczenia choroby aorty brzusznej, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano tętniaka aorty brzusznej lub rozwarstwienie aorty brzusznej;
 - 4) chirurgicznego leczenia choroby aorty piersiowej, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano tętniaka aorty piersiowej lub rozwarstwienie aorty piersiowej;
 - 5) chirurgicznego leczenia choroby niedokrwiennej serca metodą bypass, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano chorobę niedokrwinną serca lub zawał serca;
 - 6) chirurgicznego leczenia zastawkowej wady serca, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano zastawkową wadę serca, która była przyczyną tego leczenia chirurgicznego;
 - 7) przewlekłej niewydolności nerek, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano kłębuszkowe zapalenie nerek lub wielotorbielowatość nerek;
 - 8) transplantacji, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczony został wpisany na listę oczekujących na przeszczep;
 - 9) udaru mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym, jeżeli przed

początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano udar mózgu, przemijające niedokrwienie mózgu tzw. TIA, miażdżycę naczyń mózgowych;

- 10) utraty kończyny, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano cukrzycę lub miażdżycę tętnic kończyn dolnych, które były przyczyną amputacji;
 - 11) zakażenia wirusem HIV w wyniku transfuzji, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano hemofilię;
 - 12) zakażonej martwicy trzustki, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano ostre zapalenie trzustki lub przewlekłe zapalenie trzustki;
 - 13) zatoru tętnicy płucnej, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano chorobę zakrzepowozatorową;
 - 14) zawału serca, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano chorobę niedokrwinną serca lub wystąpił zawał serca.
4. Nasza ochrona nie obejmuje ciężkich chorób, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto u ubezpieczonego postępowanie diagnostyczno-lecznicze, zanim rozpoczął się okres naszej ochrony.
5. Wyłączenie z pkt 4 nie dotyczy:
- a) sytuacji, w których postępowanie diagnostyczno-lecznicze rozpoczęło się i zakończyło przed ukończeniem przez ubezpieczonego 18 lat,
 - b) ciężkich chorób, w przypadku których nie istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy poprzednim a obecnym wystąpieniem takiej samej ciężkiej choroby.

Wykonawca prosi, aby zapisy te mógł stosować w całości, bez dodatkowych ograniczeń, np. „wyłącznie w zakresie polepszającym warunki SIWZ”. Jakiegokolwiek zmiany w powyższych zapisach skutkować mogą powstaniem szeregu komplikacji interpretacyjnych, zmuszą także Wykonawcę do znaczącego podniesienia składki.

Wykonawca zdaje sobie sprawę, iż rozbudowana forma względem treści SIWZ może rodzić obawy Zamawiającego, pragnie jednak zauważyć, iż zapisy te – pochodzące z najnowszych wersji ogólnych warunków – są wynikiem zastrzeżeń Urzędów Nadzoru (UOKiK) – i po ich otrzymaniu powstały po to, by wespół z nowymi definicjami wyjaśnić wiele wątpliwości dotyczących produktu oraz polepszyć ochronę Klienta / ubezpieczonego poprzez eliminację zapisów przestarzałych medycznie, niejednoznacznych, niejasnych itp. Rozbudowana forma jest zatem próbą szczegółowego wyjaśnienia wszelkich potencjalnych wątpliwości co do zakresu.

Odpowiedź:

Zamawiający wyraża zgodę na zastosowanie równoległych jednostek chorobowych wskazanych przez Wykonawcę. Zamawiający nie wyraża jednak zgody na zapis: „Nasza ochrona nie obejmuje ciężkich chorób, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto u ubezpieczonego postępowanie diagnostyczno-lecznicze, zanim rozpoczął się okres naszej ochrony.” Zamawiający zastrzegł w specyfikacji pre-existing.

Pytanie nr 20

SOPZ, VII.1.r - Wykonawca prosi, aby:

1. mógł w Ofercie zastosować, jako równoważne, następujące jednostki specjalistycznego leczenia – dotyczy punktu SOPZ, VII.1.r:
 - **chemioterapia** – metoda leczenia nowotworu złośliwego z zastosowaniem przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego należącego do grupy L01 klasyfikacji ATC,
 - **radioterapia** – metoda leczenia nowotworu złośliwego za pomocą promieniowania jonizującego,
 - **terapia interferonowa** – metoda leczenia z zastosowaniem interferonu. Odpowiadamy wyłącznie za leczenie interferonem stwardnienia rozsianego oraz przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C,
 - **wszczepienie kardiowertera-defibrylatora** – zabieg implantacji do ciała chorego na stałe urządzenia stymulującego serce z funkcją defibrylacji lub

kardiowersji),

- **wszczepienie stymulatora serca (rozrusznika)** – zabieg implantacji do ciała chorego na stałe urządzenia stymulującego serce tzw. rozrusznika, bez funkcji defibrylacji, kardiowersji i synchronizacji skurczu serca,

- **dializoterapia** – metoda leczenia niewydolności nerek poprzez hemodializę lub dializę otrzewnową. Odpowiadamy wyłącznie za taką dializoterapię, którą zastosowano w leczeniu przewlekłej niewydolności nerek,

- **ablacja** – zabieg polegający na zniszczeniu lub odizolowaniu obszaru w sercu, który jest źródłem zaburzeń rytmu serca. Odpowiadamy wyłącznie za taką ablację zaburzeń rytmu serca, w której wykorzystano generator prądu lub niską temperaturę.

oraz inne, przewidziane przez ogólne warunki Wykonawcy.

II. mógł w Ofercie zastosować następujące zapisy (tam, gdzie niżej wskazane jest słowo „Ciebie” – należy przez to rozumieć ubezpieczonego):

1. W razie wystąpienia u Ciebie specjalistycznego leczenia, które rozpoczęło się w okresie naszej ochrony, wypłacimy określony w polisie procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu:

- 1) podania pierwszej dawki leku – w przypadku chemioterapii lub terapii interferonowej;
- 2) podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego;
- 3) wykonania pierwszej terapii radiojodem nienowotworowych chorób tarczycy;
- 4) pierwszego wszczepienia kardiowertera-defibrylatora;
- 5) pierwszego wszczepienia stymulatora serca (rozrusznika);
- 6) pierwszego wszczepienia stymulatora resynchronizującego;
- 7) wykonania pierwszej radioterapii Gamma Knife lub Cyber Knife;
- 8) wykonania pierwszej ablacji;
- 9) wykonania pierwszej dializoterapii.

2. Jeśli wypłacimy świadczenie po:

- 1) ablacji;
 - 2) chemioterapii albo radioterapii bądź radioterapii Gamma Knife lub Cyber Knife;
 - 3) dializoterapii;
 - 4) terapii interferonowej;
 - 5) terapii radiojodem nienowotworowych chorób tarczycy;
 - 6) wszczepieniu kardiowertera-defibrylatora;
 - 7) wszczepieniu stymulatora resynchronizującego;
 - 8) wszczepieniu stymulatora serca (rozrusznika)
- to nasza ochrona dla tego specjalistycznego leczenia kończy się.

3. Nasza ochrona nie obejmuje:

- 1) w przypadku chemioterapii – zastosowania leków hormonalnych grupy L02, immunostymulujących grupy L03 lub immunosupresyjnych grupy L04 klasyfikacji ATC jako metody leczenia nowotworu złośliwego;
- 2) w przypadku dializoterapii – dializoterapii czasowej stosowanej w niewydolności nerek, która ma charakter odwracalny;
- 3) w przypadku wszczepienia kardiowertera-defibrylatora, wszczepienia stymulatora serca, wszczepienia stymulatora resynchronizującego – zabiegów repozycji, rewizji oraz wymiany elektrod i układu stymulującego.

4. W przypadku specjalistycznego leczenia wypłacimy świadczenie, o ile nie ma związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy obecnym, a poprzednim leczeniem, jeśli takie wystąpiło przed początkiem naszej ochrony.

5. Nasza ochrona obejmuje kolejne specjalistyczne leczenie, jeżeli poprzednie, jeśli takie wystąpiło przed początkiem naszej ochrony, zakończyło się przed ukończeniem przez Ciebie 18 lat.

6. W razie przeprowadzenia u Ciebie radioterapii, radioterapii Gamma Knife lub Cyber Knife jak i chemioterapii świadczenie wypłacamy tylko za jedno wymienione leczenie specjalistyczne. **Wykonawca prosi, aby zapisy te mógł stosować w całości, bez dodatkowych ograniczeń, np.**

„wyłącznie w zakresie polepszającym warunki SIWZ”. Jakiegokolwiek zmiany w powyższych zapisach skutkować mogą powstaniem szeregu komplikacji interpretacyjnych, zmuszą także Wykonawcę do znaczącego podniesienia składki.

Wykonawca zdaje sobie sprawę, iż rozbudowana forma względem treści SIWZ może rodzić obawy Zamawiającego, pragnie jednak zauważyć, iż zapisy te – pochodzące z najnowszych wersji ogólnych warunków – są wynikiem zastrzeżeń Urzędów Nadzoru (UOKiK) – i po ich otrzymaniu powstały po to, by wespół z nowymi definicjami

wyjaśnić wiele wątpliwości dotyczących produktu oraz polepszyć ochronę Klienta / ubezpieczonego poprzez eliminację zapisów przestarzałych medycznie, niejednoznacznych, niejasnych itp. Rozbudowana forma jest zatem próbą szczegółowego wyjaśnienia wszelkich potencjalnych wątpliwości co do zakresu.

Odpowiedź:

Zamawiający wyraża zgodę na zastosowanie równoznacznych jednostek leczenia specjalistycznego wskazanych przez Wykonawcę.

Pytanie nr 21

SOPZ, VIII.I.9 - Prośba do Zamawiającego o zgodę na stosowanie, oprócz wymienionych w punkcie, następujących ograniczeń odpowiedzialności, zgodnie z którymi Wykonawca nie odpowiadałby za:

- pobyt w szpitalu w wyniku użycia przez ubezpieczonego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. produktów,
- pobyt na OAIT (OIT) , jeśli pobyt ten odbył się na oddziale kardiologicznym, neurologicznym ani diabetologicznym – nawet jeśli podstawowe czynności życiowe były stale monitorowane lub jeśli podjęto czynności zastępcze w razie niewydolności narządów lub układów ustroju.
- rekonwalescencję, jeśli:
 - 1) pobyt w szpitalu, po którym bezpośrednio następuje rekonwalescencja, był spowodowany leczeniem niepłodności;
 - 2) rekonwalescencja odbyła się w okresie urlopu ubezpieczonego dla poratowania zdrowia albo urlopu zdrowotnego.

Odpowiedź:

Zamawiający wyraża zgodę na wprowadzenie wskazanych przez Wykonawcę ograniczeń ochrony.

Pytanie nr 22

SOPZ, VIII.I.10 – Wykonawca zwraca się z prośbą o dodanie do listy istniejących, możliwych do zastosowania wyłączeń odpowiedzialności następujących, zgodnie z którymi Wykonawcy nie odpowiadałby za operacje chirurgiczne:

- 1) co do których nie istniały wskazania medyczne warunkujące konieczność jej wykonania,
- 2) związane z wymianą wszczepionego na stałe urządzenia, sztucznego narządu lub części sztucznego narządu,
- 3) 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),
- 4) stomatologicznej, z wyjątkiem operacji chirurgicznej niezbędnej do usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.

Odpowiedź:

Zamawiający wyraża zgodę do dodanie wskazanych przez Wykonawcę wyłączeń odpowiedzialności.

Pytanie nr 23

SOPZ, VIII – Wykonawca zwraca uwagę, że zarówno dział o dopuszczalnych : wyłączeniach, jak i karencjach nosi to samo oznaczenie „VIII” i prosi o ewentualną korektę numeracji.

Odpowiedź:

Zamawiający potwierdza, że punkt „Okres karencji (dotyczy Części I).” powinien być oznaczony IX, a punkt „Wymagany sposób wypłaty świadczeń oraz obsługa administracyjna ubezpieczenia w Części I.” powinien być oznaczony X.

Pytanie nr 24

SIWZ rozzd. III pkt 1.b) str. 2 Wykonawca prosi o potwierdzenie, że przez użyty zwrot „(...) dla pracowników RON i żołnierzy zawodowych, ich współmałżonków oraz pełnoletnich dzieci.” Należy rozumieć pełnoletnie dzieci, które nie ukończyły 25 roku życia.

Odpowiedź:

Ubezpieczenie zdrowotne ma być przeznaczone dla tych samych osób co ubezpieczenia na życie. Do ubezpieczenia na życie mogą przystępować pełnoletnie dzieci analogicznie dotyczy to również pełnoletnich dzieci w ubezpieczeniu zdrowotnym.

Pytanie nr 25

SIWZ rozdz. III pkt 11 oraz 14 str. 2 Zamawiający wskazał, że każda osoba, która będzie przystępowała do ubezpieczenia w ramach części I będzie zobligowana do przystąpienia do wariantu podstawowego w części II, co by wskazywało na obligatoryjność złożenia oferty na obie części zamówienia. Natomiast w pkt 14 Zamawiający wskazuje, że Wykonawca może złożyć ofertę na jedną lub obie części zamówienia, co wskazuje, że każda z części jest niezależna. Wykonawca prosi o potwierdzenie, że:

- a. Zamawiający uznaje możliwość funkcjonowania części I w ramach zwycięskiej oferty przedstawionej przez Wykonawcę „XYZ” oraz funkcjonowania części II w ramach oferty realizowanej przez innego Wykonawcę „ABC”, a mimo to każdy, kto przystąpi do ubezpieczenia w ramach części I będzie zobligowany przystąpić do części II.
- b. Doszło do omyłki pisarskiej w związku z założeniem przedstawionym zał. nr 4 do SIWZ rozdz. III część II pkt 12 gdzie Zamawiający wskazał, że w czasie trwania umowy na terenie jednostek będzie mógł funkcjonować tylko jeden program - ubezpieczyciel. Co oznacza, że Wykonawca składając ofertę na część II jest zobligowany do złożenia oferty na część I.

Odpowiedź:

Zamawiający potwierdza, że obie części ubezpieczenia są niezależne. Część I może zatem wygrać Wykonawca „XYZ”, natomiast część II może wygrać inny Wykonawca „ABC”. Mimo to a każdy, kto przystąpi do ubezpieczenia w ramach części I będzie zobligowany przystąpić do części II.

Zamawiający zgadza się, że zapis załącznika nr 4 do SIWZ rozdz. III część II pkt 12 jest nieprecyzyjny. Zamawiający miał na myśli – jeden program ubezpieczeniowy dotyczący ubezpieczenia zdrowotnego. Analogicznie w Części I pkt 15 - jeden program ubezpieczeniowy dotyczący ubezpieczenia na życie. Zapisy zostaną skorygowane.

Pytanie nr 26

Zał. nr 4 do SIWZ rozdz. II część II pkt 1 Wykonawca prosi o potwierdzenie czy Zamawiający rozważy wprowadzenie zapisów umożliwiających odstąpienie od umowy w terminie 30 dni licząc od momentu wdrożenia oferty.

Uzasadnienie:

Wykonawca w celu skalkulowania precyzyjnej oferty potrzebuje przyjąć min. założenia partycypacyjne. Dlatego powstała wątpliwość, jakie założenia należy przyjąć w sytuacji, gdy postępowanie na część I zostanie unieważnione a część II rozstrzygnięta. Mając na uwadze, że Zamawiający wskazał, iż zamówienie jest podzielone na części (część I odnosi się do ubezpieczenia na życie i część II odnosząca się do ubezpieczenia zdrowotnego). Wykonawcy mogą złożyć ofertę na obie lub jedną z wybranych części. Zamawiający będzie oceniał każdą z części niezależnie zgodnie z wskazanymi kryteriami. Wykonawca taką sytuację interpretuje, że w przypadku nie złożenia oferty na część I przez potencjalnych Wykonawców lub złożone oferty będą przekraczały założenia budżetowe Zamawiającego w postępowaniu. Zamawiający może unieważnić postępowanie dla części I. Natomiast przy obecnych zapisach SIWZ rozdz. III pkt 11, gdzie Zamawiający uzależnił ilość ubezpieczonych w części II od ilości osób przystępujących do części I „Każda osoba przystępująca do ubezpieczenia w Części I jest zobligowana do przystąpienia do Wariantu Podstawowego w Części II.”

Możliwość odstąpienia od umowy w przypadku braku wyłonienia Wykonawcy w części I w ocenie

Wykonawcy jest bardzo istotna w odniesieniu do części II. Zwłaszcza, że Zamawiający wskazał składki maksymalne, których wykonawca nie może przekroczyć oraz konieczność zniesienia min. limitu /partycypacji grupy osób, która musiała by przystąpić do ubezpieczenia w celu jego uruchomienia.

Odpowiedź:

Intencją Zamawiającego jest ubezpieczenie żołnierzy/pracowników RON zarówno na życie jak i zdrowotnie. W przypadku unieważnienia postępowania w danej części Zamawiający planuje przeprowadzić ponowne postępowanie na tę część.

Pytanie nr 27

Zał. nr 5 do SIWZ część II § 3 ust. 11 W nawiązaniu do uzasadnienia z pytania poprzedzającego Wykonawca wnioskuje o możliwość wprowadzenia zapisu umożliwiającego Wykonawcy wypowiedzenie umowy w jej rocznicę. W przypadku gdyby się okazało, że część I nie została rozstrzygnięta w niniejszym postępowaniu lub prognozowana liczba przystępujących jest znacząco mniejsza niż wskazał Zamawiający a szkodowość kontraktu przekracza 100%.

Propozycja zapisu:

„11. Przystąpienie do ubezpieczenia innej liczby osób od prognozowanej (prognozowana liczba przystępujących: 2739 osób) nie będzie miało wpływu na warunki zawartej z Wykonawcą umowy ubezpieczenia. Chyba, że liczba osób przystępujących była by niższa niż 15% z prognozowanej liczby przystępujących a szkodowość kontraktu przekroczyłaby 100% zainkasowanej składki. Wówczas Wykonawca ma prawo wypowiedzieć umowę ubezpieczenia zachowując przy tym, co najmniej 1 miesięczny okres wypowiedzenia.”

Odpowiedź:

Zamawiający nie akceptuje zaproponowanego zapisu.

Pytanie nr 28

Zał. nr 4 do SIWZ rozdz. II część II pkt 3. C) Wykonawca wnosi o doprecyzowanie definicji dziecka przez jego modyfikację:

Propozycja modyfikacji:

c) „Na potrzeby umowy za pełnoletnie dziecko ubezpieczonego uważa się dziecko własne, przysposobione lub pasierba ubezpieczonego, (jeśli nie żyje ojciec lub matka) – w wieku od 18 lat do 25 lat.”

Odpowiedź:

Pytanie jest powiązane z pytaniem nr 24. Zamawiający nie wyraża zgody na modyfikację.

Pytanie nr 29

Zał. nr 4 do SIWZ rozdz. II część II pkt 3. B) i C) Wykonawca prosi o potwierdzenie czy intencją Zamawiającego jest by Wykonawca zapewnił możliwość przystąpienia do ubezpieczenia pełnoletnim dzieciom, które ukończyły 25 r.ż. i które będą posiadały ubezpieczenie wynikające z części I?

Jeśli odpowiedź na powyższe pytanie będzie pozytywna wówczas Wykonawca prosi o potwierdzenie, że Zamawiający dopuszcza by dzieci, które ukończyły 25 r.ż. posiadały dostęp do ubezpieczenia w ramach odrębnej polisy niż polisa pracownicza.

Odpowiedź:

Intencją Zamawiającego jest zapewnienie możliwości przystąpienia do ubezpieczenia pełnoletnim dzieciom, które ukończyły 25 r.ż. i które będą posiadały ubezpieczenie wynikające z części I.

Zamawiający nie narzuca Wykonawcy sposobu wystawiania polis. Osoby ubezpieczone mogą być ubezpieczone zarówno w ramach jednej polisy, jak i kilku polis.

Pytanie nr 30

Zał. nr 4 do SIWZ rozdz. II część II pkt 4 Wykonawca prosi o potwierdzenie, że wskazany pkt nie odnosi się do zapisów z pkt 3 „pełnoletnich dzieci”. Natomiast należy uznać, że w odniesieniu do pkt 4 mają zastosowanie zapisy z rozdz. V dla części II

„Zamawiający wymaga również, aby Wykonawca umożliwił ubezpieczonemu w każdym z 3 wyżej opisanych wariantów, rozszerzenia zakresu o ubezpieczenie zdrowotne dla dzieci. Pod tym pojęciem Zamawiający rozumie umożliwienie wszystkim dzieciom ubezpieczonego pracownika RON/żołnierza, które nie ukończyły 25 roku życia, w okresie odpowiedzialności

Wykonawcy w stosunku do ubezpieczonego, bezpłatnego dostępu do świadczeń zdrowotnych u wskazanego przez Wykonawcę świadczeniodawcy medycznego. (...)"

Odpowiedź:

Zamawiający potwierdza interpretację Wykonawcy. Intencją Zamawiającego jest umożliwienie ubezpieczenia dzieci Żołnierza/Pracownika RON. Dodatek rozszerzający ochronę na wszystkie dzieci ma być dostępny jedynie dla Pracownika/Żołnierza – a nie dla jego ubezpieczonych Pełnoletnich Dzieci.

Pytanie nr 31

Zał. nr 4 do SIWZ rozdz. V część II (informacje pod tabelą świadczeń wymaganych w poszczególnych zakresach) vs zał. nr 1 do SIWZ formularz ofertowy część II pkt C. Wykonawca prosi o udzielenie informacji jak należy rozumieć zapis wskazane zapisy. Zdaniem Wykonawcy przez zapis „Zamawiający wymaga również (...), **rozszerzenia zakresu ubezpieczenia zdrowotne dla dzieci**” jest wyraźną informacją, że Wykonawca ma obowiązek zabezpieczenia i umożliwienia ubezpieczonym pracownikom i żołnierzom rozszerzyć opcję ubezpieczenia przez nadanie dostępu do wykupienia ochrony ubezpieczenia wszystkich dla dzieci pracownika niezależnie od ilości ich posiadania. Natomiast zapis „Rozszerzenie ochrony o ubezpieczenie zdrowotne dla dzieci jest fakultatywne (...)” oraz zapis z formularza ofertowego „Fakultatywna składka miesięczna (niepodlegająca ocenie)” sugerują, iż Wykonawca może w ofercie zagwarantować rozszerzenie ubezpieczenia, ale jest to opcja fakultatywna.

Odpowiedź:

Zamawiający wymaga, aby Wykonawca umożliwił żołnierzowi/pracownikowi RON rozszerzenia zakresu o ubezpieczenie zdrowotne dla dzieci. Rozszerzenie to jest jednak dla żołnierza/pracownika RON fakultatywne – tylko zainteresowani żołnierze/pracownicy RON rozszerzą swoją ochroną za dodatkową składką.

Pytanie nr 32

Zał. nr 4 do SIWZ rozdz. V część II (informacje pod tabelą świadczeń wymaganych w poszczególnych zakresach); vs tabela świadczeń w wariantach podstawowym. Zamawiający wskazał, że „Zakres ubezpieczenia zdrowotnego dla dzieci powinien być identyczny jak w wariantach wybranych przez pracownika RON/żołnierza określonym w niniejszym punkcie. Dodatkowo zakres rozszerzenia ubezpieczenia dla dzieci w wariantach podstawowym powinien obejmować bezpłatne, nielimitowane konsultacje/porady lekarskie (bez wymaganego skierowania) u pediatry. Wykonawca zauważył, że w wariantach podstawowych dla pracownika RON/żołnierza Zamawiający wskazał, iż lekarz pediatra ma być z 50% zniżką natomiast ten zapis wyklucza się z koniecznością zabezpieczenia bezpłatnego dostępu do pediatry. Wykonawca prosi o wskazanie czy pediatra ma być z 50% zniżką czy w formie bezpłatnej konsultacji w ramach rozpatrywanego zagadnienia oraz usunięcia z tabeli świadczeń pediatry, gdyby Zamawiający uznał, że konsultacja ma być bezpłatna a nie z 50% zniżką.

Odpowiedź:

Zakres ubezpieczenia zdrowotnego dla dzieci powinien być identyczny jak w wariantach wybranych przez pracownika RON, z jedną różnicą, wskazaną w dalszej części. Rozszerzenie w wariantach podstawowych powinny obejmować bezpłatną konsultację u pediatry, a nie jedynie zniżkę jak w wariantach podstawowych dla żołnierza/pracownika.

Pytanie nr 33

Zał. nr 4 do SIWZ rozdz. II część II pkt 3. B) Wykonawca prosi o potwierdzenie, że pełnoletnie dzieci, które będą przystępowały do ubezpieczenia na osobnych deklaracjach nie będą mogły skorzystać z rozszerzenia ochrony o ubezpieczenie zdrowotne dla (swoich) dzieci. Co jest równoznaczne z tym, że tylko ubezpieczony pracownik RON/żołnierz może wykupić „rozszerzenie dla dziecka”.

Odpowiedź:

Zamawiający potwierdza interpretację Wykonawcy. Rozszerzenie będą mogli wykupić jedynie ubezpieczeni żołnierze/pracownicy RON – a nie ich ubezpieczeni Pełnoletnie

Dzieci.

Pytanie nr 34

Zał. nr 4 do SIWZ rozdz. V część II (informacje pod tabelą świadczeń wymaganych w poszczególnych zakresach); Wykonawca prosi o potwierdzenie, że przy założeniu max dopuszczalnych składek w wariantie podstawowym oraz rozszerzeniu o ubezpieczenie zdrowotne dla dzieci łączna składka miesięczna nie może przekroczyć 49,00 zł. Z czego 19,00 zł to maksymalna dopuszczalna składka za pracownika ROZ/żołnierza a 30,00 zł to maksymalna dopuszczalna składka za rozszerzenie niezależnie od ilości posiadanych dzieci.

Odpowiedź:

Rozszerzenie ochrony o dzieci jest fakultatywne dla pracownika. Nie zostało ono zatem uwzględnione w maksymalnej dopuszczalnej składce wskazanej w tabeli. W przypadku gdy żołnierz/pracownik RON ubezpieczony w wariantie podstawowym zdecyduje się na wykupienie rozszerzenia jego składka wyniesie (przy założeniu maksymalnych dopuszczonych składek) 49 zł (19 zł + 30 zł).

Pytanie nr 35

Zał. nr 4 do SIWZ rozdz. VI część II pkt 1. Wykonawca prosi o doprecyzowanie wskazanego pkt przez jego modyfikację:

Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o „Bezpłatny program profilaktyczny, dla kobiet i mężczyzn (1 raz w roku) w wariantie rozszerzonym i wariantie pełnym.”

Odpowiedź:

Zamawiający potwierdza interpretację Wykonawcy. Rozszerzenie zakresy wskazane w omawianym punkcie dotyczy wariantu rozszerzonego i/lub wariantu pełnego. Zapis zostanie skorygowany.

Pytanie nr 36

Zał. nr 5 do SIWZ część II § 3 ust. 12 (zdanie ostatnie) Wykonawca wnosi o modyfikację zapisu przez dodanie zwrotu „w porozumieniu z Wykonawcą”.

Propozycja zapisu „Broker ubezpieczeniowy ze swojej strony przeprowadzi akcję informacyjną dla pracowników/żołnierzy Jednostki, w porozumieniu z Wykonawcą przygotuje ulotki informacyjne oraz szablony dokumentów związanych z ubezpieczeniem, przeprowadzi szkolenie osób wykonujących czynności administracyjne związane z obsługą umowy, a także pokryje koszty związane z wynagrodzeniem osób wykonujących czynności administracyjne związane z obsługą umowy na terenie Jednostki”

Odpowiedź:

Zamawiający zgadza się, aby akcja informacyjna była przeprowadzona w porozumieniu z Wykonawcą.

Pytanie nr 37

Zał. nr 4 do SIWZ rozdz. III część II pkt 13 Czy w przypadku, kiedy osoba uprawniona wskaże preferencje, co do konkretnej placówki, przedziału czasowego lub lekarza z imienia i nazwiska Zamawiający dopuszcza możliwość wydłużenia terminu dostępu wskazanego w zapisie?

W przypadku pozytywnej odpowiedzi Wykonawca prosi o modyfikację zapisu i jego doprecyzowanie. Propozycja zapisu:

„Wykonawca gwarantuje, że osoba ubezpieczona uzyska dostęp do lekarza specjalisty – w ciągu 5 dni roboczych, a do lekarza POZ (internista, rodzinny, pediatra) w ciągu 2 dni roboczych, licząc od momentu zgłoszenia chęci wizyty na stosownej infolinii/aplikacji. Terminy dostępności wskazane w zadaniu poprzedzającym nie mają zastosowanie w przypadku wskazania przez ubezpieczonego preferencji takich jak konkretna placówka medyczna, przedział czasowy, w którym ma być umówiona wizyta lub wymóg konkretnego lekarza z imienia i nazwiska.”

Odpowiedź:

Zamawiający dopuszcza możliwość wydłużenia terminu dostępu wskazanego w zapisie (w przypadku gdy osoba umawiająca wizytę ma szczególne preferencje odnośnie konkretnej placówki, przedziału czasowego lub lekarza z imienia i nazwiska).

Pytanie nr 38

Zał. nr 4 do SIWZ pkt V tabela świadczeń Czy Zamawiający dopuszcza by w przypadku braku możliwości zapewnienia dostępu do niektórych świadczeń w miejscowościach wskazanych przez Zamawiającego. Wykonawca zrealizował je w najbliższej lokalizacji gdzie usługa jest możliwa do zrealizowania w ramach placówek medycznych udostępnionych przez Wykonawcę lub za zwrotem kosztu?

Odpowiedź:

Zamawiający dopuszcza wystąpienie sytuacji opisanej przez Wykonawcę.

Pytanie nr 39

Zał. nr 4 do SIWZ pkt V tabela świadczeń „Maksymalna składka miesięczna za jedną osobę ubezpieczoną”; Czy Zamawiający zgodzi się na odstąpienie od określanych maksymalnych składek miesięcznych za jednego ubezpieczonego w odniesieniu do warianty rozszerzonego lub wariantu pełnego?

Wyrażenie zgody nie wpływa na wzór, według którego obliczana jest punktacja z kryterium ceny (SIWZ rozdz. XIII pkt 1, część II A.)

Odpowiedź:

Zamawiający nie wyraża zgody na odstąpienie od określanych maksymalnych składek miesięcznych za jednego ubezpieczonego w odniesieniu do wariantu rozszerzonego lub wariantu pełnego.

Pytanie nr 40

Zał. nr 4 do SIWZ pkt V tabela świadczeń „Maksymalna składka miesięczna za jedną osobę ubezpieczoną”; Wykonawca wnosi o zmianę zapisu by kwoty wskazane, jako maksymalne w wariantie rozszerzonym i w wariantie pełnym były traktowane, jako dopłata do składki wskazanej w wariantie podstawowym.

Propozycja zmiany zapisu:

Maksymalna składka miesięczna za jedną osobę ubezpieczoną	Maksymalna składka miesięczna za jedną osobę ubezpieczoną	Maksymalna składka miesięczna za jedną osobę ubezpieczoną
19 zł	58 zł (maksymalna dopłata 39 zł do obowiązkowego wariantu podstawowego)	85 zł (maksymalna dopłata 66 zł do obowiązkowego wariantu podstawowego)

Odpowiedź:

Wykonawca nie wyraża zgody na zmianę omawianego zapisu.

Pytanie nr 41

Załącznik nr 4 do SIWZ, III Warunki ubezpieczenia Część I pkt.16 ; Część II pkt.17 oraz Załącznik nr 5 umowa Część I pkt. 17 oraz Część II pkt 17 W związku z tym, iż podpisanie umowy generalnej następuje przed początkiem odpowiedzialności, czy Zamawiający zgodzi się aby polisy wystawione i przekazane zostały w pierwszym miesiącu obowiązywania odpowiedzialności po dokonaniu wpłaty należnej składki przez Zamawiającego?

Odpowiedź:

Zamawiający wyraża zgodę, aby polisy wystawione i przekazane były w pierwszym miesiącu obowiązywania ochrony.

Pytanie nr 42

Załącznik nr 4 do SIWZ, III Warunki ubezpieczenia Część I pkt.17 oraz Załącznik nr 5 umowa Część I pkt. 18 W nawiązaniu do powyższych zapisów oraz w związku z tym, iż Zamawiający rekomenduje obsługę ubezpieczenia za pośrednictwem elektronicznego systemu informatycznego, czy zatem Zamawiający zgodzi się aby deklaracje osób przystępujących do ubezpieczenia rejestrowane były w powyższym systemie do końca miesiąca poprzedzającego początek odpowiedzialności i za jego pośrednictwem wysyłane Wykonawcy, a podpisane oryginały deklaracji przystąpienia byłyby przekazywane Wykonawcy w celu dokonania ich archiwizacji. Również wykazy osób przystępujących do ubezpieczenia oraz wykazy osób występujących z ubezpieczenia byłyby rejestrowane w

systemie informatycznym

Odpowiedź:

Zamawiający wyraża zgodę na przesyłanie oryginałów deklaracji do Wykonawcy w celu ich archiwizacji.

Pytanie nr 43

Załącznik nr 4 do SIWZ, III Warunki ubezpieczenia Część II pkt.18 oraz Załącznik nr 5 umowa Część II pkt. 18 W nawiązaniu do powyższych zapisów oraz w związku z tym, iż Zamawiający rekomenduje obsługę ubezpieczenia za pośrednictwem elektronicznego systemu informatycznego, czy zatem Zamawiający zgodzi się aby deklaracje osób przystępujących do ubezpieczenia rejestrowane były w powyższym systemie do 25 dnia miesiąca poprzedzającego początek odpowiedzialności i za jego pośrednictwem wysyłane Wykonawcy, a podpisane oryginały deklaracji przystąpienia byłyby przekazywane Wykonawcy w celu dokonania ich archiwizacji. Również wykazy osób przystępujących do ubezpieczenia oraz wykazy osób występujących z ubezpieczenia byłyby rejestrowane w systemie informatycznym.

Odpowiedź:

Zamawiający wyraża zgodę na przesyłanie oryginałów deklaracji do Wykonawcy w celu ich archiwizacji.

Pytanie nr 44

Wykonawca zwraca się z prośbą o zmianę terminu składania ofert na dzień 15.01.2020 z uwagi na okres świąteczno-noworoczny, a także ograniczenia związane z kwarantanną narodową. Wykonawcy potrzebny jest czas na przygotowanie rzetelnej i kompleksowej oferty na usługę grupowego ubezpieczenia na życie oraz zdrowie dla pracowników RONi żołnierzy zawodowych, ich współmałżonków oraz pełnoletnich dzieci.

Odpowiedź:

W prośbie Wykonawcy wkradła się omyłka pisarska. Zamawiający nie może zmienić terminu składania ofert na wcześniejszą datę, zatem Wykonawcy zapewne chodzi o: 15.01.2021

Zamawiający przychyliła się do prośby Wykonawcy.

Termin składania ofert zostaje zatem zmieniony na: 15.01.2021 godz. 11.00

Termin otwarcia ofert zostaje zatem zmieniony na: 15.01.2021 godz. 11.05

Pytanie nr 45

Czy Zamawiający zgodzi się aby pracownicy i członkowie rodzin przystępujący po 3 miesiącach od zawarcia ubezpieczenia lub nabycia prawa mogli w deklaracji przystąpienia oświadczyć, że nie chorują na podane w oświadczeniu choroby, że nie przebywają w szpitalu, na zwolnieniu lekarskim lub nie orzeczono w stosunku do nich niezdolności do pracy?

Wykonawca chciałby zastosować następujące oświadczenie o stanie zdrowia:

„ Oświadczam, że na dzień złożenia niniejszej deklaracji:

a. nie przebywam na zwolnieniu lekarskim, urlopie dla poratowania zdrowia, w szpitalu w celu leczenia szpitalnego, na rekonwalescencji, nie podlegam opiece paliatywnej, nie orzeczono w stosunku do mnie niezdolności do pracy.

b. nie zdiagnozowano u mnie nowotworu złośliwego, choroby niedokrwiennej serca, udaru mózgu, miażdżycy uogólnionej tętnic, cukrzycy ani przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.”

Odpowiedź:

Zamawiający nie wyraża zgody na wskazane oświadczenie. W załączniku nr 4 do SIWZ III.5 znajduje się zapis precyzujący tę kwestię:

„Wykonawca nie będzie wymagał od pracowników RON/żołnierzy, dotychczas ubezpieczonych grupowo u Zamawiającego współmałżonków i pełnoletnich dzieci pracowników RON/żołnierzy oraz dotychczas ubezpieczonych grupowo u Zamawiającego partnerów życiowych zgłaszanych do ubezpieczenia, przedstawienia informacji dotyczących ich stanu zdrowia, nie będzie u tych osób dokonywana żadna medyczna ocena ryzyka (m.in. ankiety medyczne).

Pytanie nr 46

W załączniku nr 4 do SIWZ w pkt III ust. 8 Zamawiający wskazał zapis: Wykonawca zobowiązuje się umożliwić przystąpienie do ubezpieczenia osób, które w dacie zawarcia umowy przebywały na zwolnieniu lekarskim, urlopie macierzyńskim, urlopie wychowawczym lub urlopie bezpłatnym, oraz u których została orzeczona częściowa niezdolność do pracy, o ile osoby te były objęte ubezpieczeniem w ramach dotychczasowego ubezpieczenia grupowego funkcjonującego u Zamawiającego. Czy Zamawiający może

potwierdzić, że w stosunku do osób dotychczas ubezpieczonych rozumie ciągłość ubezpieczenia rozumianą jako brak przerwy pomiędzy jednym a drugim ubezpieczeniem w tym ciągłość w opłacie składki?

Odpowiedź:

Zamawiający potwierdza interpretację Wykonawcy.

Pytanie nr 47

W załączniku nr 4 do SIWZ w pkt III ust. 9 Zamawiający wskazał zapis: Wykonawca uzna swoją odpowiedzialność za skutki stanów chorobowych oraz wypadków, które zostały stwierdzone/zaszły przed początkiem odpowiedzialności Wykonawcy (pre-existing), a których skutki ujawniły się po rozpoczęciu odpowiedzialności Wykonawcy pod warunkiem, że dana osoba była ubezpieczona w ramach ubezpieczenia grupowego funkcjonującego u Zamawiającego bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia z Wykonawcą. Czy Zamawiający może potwierdzić, że pod pojęciem bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia rozumie ciągłość ubezpieczenia rozumianą jako brak przerwy pomiędzy jednym a drugim ubezpieczeniem w tym ciągłość w opłacie składki?

Odpowiedź:

Zamawiający potwierdza interpretację Wykonawcy.

Pytanie nr 48

W załączniku nr 4 do SIWZ w pkt VII lit. d Zamawiający zawarł, krótką definicję zawału serca, która stosowana jest dla ryzyka dotyczącego śmierci ubezpieczonego wskutek zawału serca. Czy dla pozostałych ryzyk zdrowotnych związanych z wystąpieniem u ubezpieczonego zawału serca Zamawiający przyjmie następującą definicję: zawał serca – martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem; rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99 centyl górnej granicy wartości referencyjnej dla danej metody laboratoryjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

- a) objawy kliniczne niedokrwienia serca,
- b) zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe lub przypuszczalnie nowe znamienne zmiany odcinka ST - załamek T (ST-T), patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa),
- c) nowy ubytek żywego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych,
- d) obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionej badaniem angiograficznym lub w autopsji.

Odpowiedź:

Zamawiający zaakceptuje również wskazaną przez Wykonawcę definicję zawału serca.

Pytanie nr 49

Czy Zamawiający przyjmie definicję partnera życiowego funkcjonującą w OWU Wykonawcy w brzmieniu: partner życiowy - osoba wskazana imiennie w deklaracji przystąpienia, pozostająca z Ubezpieczonym w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego we wspólnym pożyciu. Partner życiowy, jak i Ubezpieczony, nie mogą być ze sobą spokrewnieni w linii prostej lub bocznej do drugiego stopnia włącznie, ani pozostawać w związku małżeńskim lub we wspólnym pożyciu z inną osobą?

Odpowiedź:

Zamawiający zaakceptuje również wskazaną definicję Partnera Życiowego.