ZAŁĄCZNIK NR 1

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności leczniczej Szpitala Wielospecjalistycznego im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu.

**Informacje ogólne o Zamawiającym/Ubezpieczającym/Ubezpieczonym:**

Szpital Wielospecjalistyczny im. dr Ludwika Błażka w Inowrocławiu

ul. Poznańska 97

88-100 Inowrocław

REGON: 092358780

NIP:556-22-39-217

Nr księgi rejestrowej: 000000002232

PKD: 86.10.Z

Reprezentacja: dr. n. med. Eligiusz Patalas – Dyrektor Szpitala

* + 1. Adresy lokalizacji:
1. ul. Poznańska 97, 88-100 Inowrocław – własność
2. ul. Toruńska 31, 88-100 Inowrocław – bezpłatne użytkowanie

|  |
| --- |
| **Skala prowadzonej działalności**  |
| **Obrót w roku ubiegłym, w tym:** | 255 729 352,89  |
| **Obrót z działalności medycznej** | 245 662 658,16  |
| **Obrót z działalności pozamedycznej** | 9 912 690,24  |
| **Wartość kontraktu z NFZ** | 241 001 222,81 |

**Osoby zatrudnione:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Liczba zatrudnionych: | **umowy o pracę** | **inne umowy** |
| 1102 | 294 |
| stomatolodzy | 0 | 0 |
| chirurdzy, ginekolodzy, anestezjolodzy, lekarze pogotowia | 0 | 43 |
| pozostali lekarze | 15 | 153 |
| pielęgniarki i położne | 450 | 47 |
| inne osoby świadczące usługi zdrowotne | 380 | 51 |
| pracownicy niemedyczni | 218 |
| wolontariusze | 6 |
| rezydenci | 37 |
| stażyści | 2 |

**Liczba łóżek szpitalnych:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa oddziału** | **Liczba łóżek** |
| I Oddział Chorób Wewnętrznych | 40 łóżek |
| II Oddział Chorób Wewnętrznych | 42 łóżka |
| Oddział Kardiologiczny, Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego | 54 łóżka |
| Oddział Neurologiczny | 32 łóżka  |
| Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii | 7 łóżek  |
| Oddział Laryngologiczny | 12 łóżek |
| Oddział Okulistyczny | 6 łóżek |
| Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej | 20 łóżek |
| Oddział Chirurgii Urazowej i Ortopedii | 26 łóżek |
| Oddział Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Onkologicznej i Chemioterapii | 65 łóżek |
| Oddział Położniczo-Ginekologiczny | 43 łóżek |
| Oddział Neonatologiczny | 8 łóżek |
| Oddział Dziecięcy | 26 łóżek |
| Szpitalny Oddział Ratunkowy | 11 łóżek |
| Oddział Opieki Paliatywnej | 25 łóżek |
| Stacja Dializ | 15 stanowisk dializacyjnych |

* + 1. Informacja o planowanych najbliższych inwestycjach przez Zamawiającego:

- modernizacja SORu – orientacyjna wartość prac: 600.000,- PLN w okresie od IV kw. 2024r do I kw. 2025r.

**Dodatkowe informacje o Zamawiającym:**

1. Informacja o szkodowości przygotowana przez TUW PZUW - w załączniku nr 1a;
2. Informacja o szkodowości przygotowana przez PZU S.A. - w załączniku nr 1b i 1c;
3. Informacja o szkodowości przygotowana przez TUiR Allianz S.A. - w załączniku nr 1d.
4. 
5.
6. Pracownicy Wielospecjalistycznego Szpitala im. dr. L.Błażka w Inowrocławiu, zgodnie ze standardem obsługi Mentor S.A., uczestniczą w autorskim programie MedRisk, którego celem jest poprawa jakości oferowanych usług, szerzenie wiedzy i w efekcie zmniejszenie ilości skarg i roszczeń pacjentów kierowanych do podmiotu leczniczego. Każdego miesiąca odbywają się 2-4 szkolenia on-line z tematyki dot. jakości w opiece, prawnej lub kompetencji miękkich. Pracownicy korzystają także z dostępu do platformy MEDRISK VOD zawierającej m.in. bazę zarchiwizowanych nagrań poprzednich szkoleń.
7. https://www.medrisk.pl/

**Założenia wspólne:**

**OKRES UBEZPIECZENIA:**

1. od 01 stycznia 2025r. do 31 grudnia 2027r. (36 miesięcy)
2. Polisy wystawiany będą na okresy roczne:
3. **od 01 stycznia 2025 r. do 31 grudnia 2025 r.**
4. **od 01 stycznia 2026 r. do 31 grudnia 2026 r.**
5. **od 01 stycznia 2027 r. do 31 grudnia 2027 r.**
6. **PŁATNOŚĆ SKŁADKI:**
	* 1. Każda z polis będzie płatna w 4 ratach.
7. Pierwszy rok polisowy:
8. I rata do 31.01.2025r.
9. II rata do 30.04.2025r.
10. III rata do 31.07.2025r.
11. IV rata do 31.10.2025r.
12. Drugi rok polisowy:
13. I rata do 31.01.2026r.
14. II rata do 30.04.2026r.
15. III rata do 31.07.2026r.
16. IV rata do 31.10.2026r.
17. Trzeci rok polisowy:
18. I rata do 31.01.2027r.
19. II rata do 30.04.2027r.
20. III rata do 31.07.2027r.
21. IV rata do 31.10.2027r.

Rodzaje ryzyk podlegających ubezpieczeniu:

**Zadanie I:**

1. **Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.**

Zakres ubezpieczenia obowiązkowego: zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 roku (Dz.U. z 2019 r. poz. 866).

Suma gwarancyjna: równowartość w złotych kwoty 100.000,- EUR w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 500.000,- EUR w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki objęte są umową ubezpieczenia, w każdym 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia.

**Klauzule obligatoryjne do OC obowiązkowego:**

**Klauzula początku ochrony ubezpieczeniowej**: z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą, postanowień umowy ubezpieczenia strony uzgodniły, że odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia wskazanego w dokumencie ubezpieczenia jako początek ochrony ubezpieczeniowej, mimo opłacenia składki lub jej pierwszej raty w późniejszym terminie.

**Klauzula potrącania rat**: z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą, postanowień umowy ubezpieczenia strony uzgodniły, że w przypadku wypłaty odszkodowania, Ubezpieczyciel nie będzie potrącać z kwoty odszkodowania rat składek jeszcze nie wymagalnych, a raty nie opłacone nie stają się natychmiastowo wymagalne.

**Klauzula czasu ochrony**: z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą, postanowień umowy ubezpieczenia strony uzgodniły, że brak wpłaty przez Zamawiającego składki, bądź pierwszej z rat w terminie przewidzianym w umowie ubezpieczenia nie powoduje wygaśnięcia (rozwiązania) umowy ubezpieczenia, nie skutkuje także zawieszeniem udzielanej ochrony ubezpieczeniowej. W takim przypadku Ubezpieczyciel pisemnie wezwie Zamawiającego do zapłaty zaległej składki wyznaczając nowy, co najmniej 14-dniowy termin zapłaty. Dopiero nie opłacenie zaległej składki w nowym wyznaczonym terminie może spowodować rozwiązanie umowy ubezpieczenia i wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej - warunkiem rozwiązania umowy jest przesłanie pisemnej informacji przez Ubezpieczyciela określającej datę wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej. Ubezpieczycielowi przysługuje roszczenie o zaległą składkę za okres faktycznie udzielanej ochrony.

**Klauzula terminu zapłaty**: z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą, postanowień umowy ubezpieczenia strony uzgodniły, że w sytuacji, gdy zapłata należnej Ubezpieczycielowi składki dokonywana jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego, za zapłatę uważa się datę złożenia zlecenia w banku, urzędzie pocztowym lub systemie elektronicznym na właściwy rachunek Ubezpieczyciela, pod warunkiem, że na rachunku Zamawiającego zgromadzona była odpowiednia ilość środków wystarczających na pokrycie wymaganej składki lub raty.

**Klauzula rozliczenia składki**: Strony uzgodniły, iż w przypadku wygaśnięcia/rozwiązania stosunku ubezpieczenia (wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej) przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa, Ubezpieczyciel zwraca składkę za niewykorzystany okres w systemie pro rata temporis za każdy dzień bez potrącenia kosztów manipulacyjnych.

**Klauzula likwidacyjna**: z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień umowy ubezpieczenia strony uzgodniły, że ustala się że w przypadku zgłoszenia roszczenia przez poszkodowanego bezpośrednio do Ubezpieczyciela będzie stosowany następujący porządek:

1. Ubezpieczyciel przekaże do Ubezpieczonego informację o wpłynięciu roszczenia i o jego wysokości, o numerze szkody, o imieniu i nazwisku pacjenta oraz dacie oraz okolicznościach szkody i zarzutach poszkodowanego,

2. Pod warunkiem uprzedniego wyrażenia przez poszkodowanego, jego przedstawiciela

ustawowego lub uprawnionego - zgody na przekazanie danych, w tym danych dotyczących zdrowia podmiotowi leczniczemu, który wykonywał świadczenia zdrowotne :

- Ubezpieczyciel występuje do Ubezpieczonego o zajęcie stanowiska i przekazanie

dokumentacji w związku z roszczeniem,

- Ubezpieczyciel zobowiązany jest poinformować Ubezpieczonego o zajętym stanowisku

poprzez przesłanie kopii decyzji wypłaty bądź odmowy świadczenia

3. W przypadku braku zgody, o której mowa w pkt. 2, a w konsekwencji braku stanowiska Ubezpieczonego i braku dokumentacji od Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wyda decyzję odmowną z uwagi na brak udowodnienia przesłanek odpowiedzialności cywilnej Ubezpieczonego. W przypadku konieczności zajęcia innego stanowiska, Ubezpieczyciel uprzednio poinformuje o tym Ubezpieczonego, poinformuje również o ustaleniach dokonanych w toku likwidacji szkody oraz uzyska stanowisko Ubezpieczonego w sprawie.

**Klauzula przekształcenia**: Strony uzgodniły, że w przypadku przekształcenia prawnego Zamawiającego (także na spółkę prawa handlowego), łączenia lub podziału podmiotu, Ubezpieczyciel dokona cesji wszelkich praw wynikających z zawartych umów ubezpieczenia na nowo powstały podmiot.

Cesja zostanie dokonana na wniosek Ubezpieczającego z zachowaniem wszelkich warunków określonych w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, że przekształcony podmiot będzie prowadził analogiczny profil działalności jak przed przekształceniem prawnym.

**Klauzula realizacji wyroku**: Ubezpieczyciel jest zobowiązany do realizacji wyroków wydanych przeciwko Ubezpieczonemu, bezpośrednio na rzecz wierzyciela Ubezpieczonego, na podstawie prawomocnego wyroku sądowego, jeżeli kwoty zasądzenia mieszczą się w zakresie ochrony ubezpieczeniowej. Ubezpieczyciel nie będzie wymagać od Ubezpieczającego wcześniejszej realizacji wyroku we własnym zakresie. Zapłata ta następować będzie niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni od daty doręczenia
Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego prawomocnego wyroku zasądzającego w/w kwoty. Niniejsza klauzula ma zastosowanie pod warunkiem poinformowania Ubezpieczyciela o wszczęciu postępowania sądowego w tym złożenie wniosku o przypozwanie Ubezpieczyciela w terminie umożliwiającym Ubezpieczycielowi podjęcie decyzji o przystąpieniu do sporu

**Zadanie II:**

1. **Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone osobie trzeciej w następstwie udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych w związku z wykonywaniem przez Zamawiającego działalności leczniczej.**

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje odpowiedzialność cywilną Ubezpieczonego za szkody wyrządzone osobie trzeciej w następstwie udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego działalności leczniczej.

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje odpowiedzialność cywilną za szkody wyrządzone przez Ubezpieczonego w zakresie nie objętym obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego, jak również w zakresie objętym obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego, jednak wyłącznie w zakresie szkód, które nie mogą być zaspokojone z tytułu tego obowiązkowego ubezpieczenia z powodu wyczerpania/niewystarczającej sumy gwarancyjnej (ubezpieczenie nadwyżkowe).

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje odpowiedzialność ustawową Ubezpieczonego z tytułu czynu niedozwolonego (odpowiedzialność deliktowa) lub z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania (odpowiedzialność kontraktowa).

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje odpowiedzialność za szkody wyrządzone w wyniku rażącego niedbalstwa.

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje odpowiedzialność Ubezpieczonego za szkody powstałe w związku z prowadzoną działalnością apteki szpitalnej, sterylizatorni, laboratorium, banku krwi, transportów medycznych, itp.

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje odpowiedzialność Ubezpieczonego za szkody wyrządzone przez podwykonawców z zachowaniem prawa do regresu, przy czym za podwykonawcę uważa się podmiot leczniczy, przedsiębiorcę niebędącego podmiotem leczniczym, osobę wykonującą zawód lekarza, pielęgniarki albo inny zawód medyczny, prowadzącą we własnym imieniu działalność gospodarczą lub zawodową, której Ubezpieczony powierzył wykonanie świadczeń zdrowotnych określonych w łączącej ich umowie. W przypadku wypłaty odszkodowania z tytułu szkód wyrządzonych przez pracownika Ubezpieczonego przy wykonywaniu obowiązków pracowniczych na rzecz Ubezpieczonego, Wykonawca (Ubezpieczyciel) zrezygnuje z prawa do dochodzenia roszczenia, które przysługiwało Ubezpieczonemu wobec tego pracownika z tytułu wyrządzonej szkody (rezygnacja z prawa do regresu), przy czym za pracownika uważa się osobę fizyczną zatrudnioną przez Ubezpieczonego na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę albo na podstawie umowy cywilnoprawnej, z wyłączeniem osoby fizycznej, która zawarła z ubezpieczonym umowę cywilnoprawną jako przedsiębiorca; za pracownika uznaje się także m.in. rezydenta, praktykanta, stażystę lub wolontariusza któremu ubezpieczony powierzył wykonywanie pracy, a także osobę skierowaną do wykonywania prac społecznie użytecznych (także wyrokiem sądu).

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje wypadki ubezpieczeniowe, które zaszły w okresie ubezpieczenia (niezależnie od momentu powstania lub ujawnienia się szkody) oraz zgłoszenie roszczenia z tego tytułu przed upływem ustawowego terminu przedawnienia roszczeń, przy czym za wypadek ubezpieczeniowy uważa się świadczenie zdrowotne lub niezgodne z prawem zaniechanie świadczenia zdrowotnego w wyniku którego została wyrządzona szkoda, za którą uważa się szkodę będąca następstwem śmierci, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, w tym także utracone korzyści poszkodowanego, które mógłby osiągnąć, gdyby nie doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia.

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje odpowiedzialność cywilną Ubezpieczonego za szkody będące następstwem wypadku ubezpieczeniowego, który zaszedł na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Ochrona ubezpieczeniowa powinna być udzielana w granicach ustawowej odpowiedzialności cywilnej Zamawiającego określonej przepisami prawa polskiego.

**Ochrona ubezpieczeniowa powinna obejmować w szczególności odpowiedzialność za szkody:**

* będące następstwem przeniesienia chorób zakaźnych, zakażeń szpitalnych (w tym m.in. WZW, HIV, HCV, HBS, Treponema Pallidum, Covid 19, gronkowiec),
* będące następstwem zatrucia/zakażenia drogą pokarmową (np. związanego z żywieniem pacjentów),
* będące następstwem pobrania, przechowywania lub przetoczenia krwi bądź preparatów krwiopochodnych (OC krew),
* będące następstwem pobrania, przechowywania lub przeszczepienia komórek lub tkanek ludzkich,
* będące następstwem zabiegów chirurgii plastycznej lub innych zabiegów, jeśli są one udzielane w przypadkach będących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstwem jej leczenia,
* będące następstwem wady dostarczonych towarów, środków i materiałów medycznych (OC wady towarów),
* wyrządzone osobom za które Ubezpieczający ponosi odpowiedzialność w sytuacji kiedy staną się pacjentami Ubezpieczającego,
* wyrządzone osobom bliskim osób za które Ubezpieczający ponosi odpowiedzialność w sytuacji kiedy staną się pacjentami Ubezpieczającego,
* wyrządzone przez osoby, za które - zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa - odpowiedzialność ponosi Ubezpieczony, w tym osoby zatrudnione na dowolnej podstawie prawnej oraz osoby nie będące pracownikami Ubezpieczonego, w szczególności lekarze-wolontariusze, osoby odbywające studia doktoranckie, staż, specjalizację, ćwiczenia w  ramach studiów pod nadzorem osób upoważnionych do wykonywania zawodu, itp.
* wyrządzone pacjentom w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych przez osoby, za które Ubezpieczony ponosi odpowiedzialność w innych placówkach służby zdrowia, gdy np. ze względu na awarię sprzętu w placówce Ubezpieczonego lub inną przyczynę zaistnieje taka konieczność,
* szkody wyrządzone przez pracowników podczas odbywania szkoleń, praktyk, staży, itp. na terenie innych placówek medycznych, o ile odbywały się one na podstawie polecenia Ubezpieczonego,
* powstałych na skutek zastosowania eksperymentalnych metod leczenia i/lub rehabilitacji,
* powstałych w związku z wykonywaniem eksperymentów badawczych lub badań klinicznych – jako ośrodka badawczego z wyłączeniem szkód objętych systemem ubezpieczeń obowiązkowych,
* ~~powstałych w związku z naruszeniem praw pacjenta~~ szkody wynikające z naruszenia praw pacjenta określonych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, z wyłączeniem praw pacjenta, o których mowa w art. 4 ust. 3 tej ustawy,
* koszty pracodawcy powstałe wskutek ekspozycji zawodowej pracowników na czynnik biologiczny – podlimit: 50.000,- PLN na jedno i wszystkie zdarzenia w każdym 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia.
* powstałych w związku z prowadzoną działalnością apteki, sterylizatorni, laboratorium, banku krwi, transportów medycznych, itp.
* szkody powstałe wskutek oddziaływania energii jądrowej, promieni laserowych, promieniowania jonizującego, pola magnetycznego lub elektromagnetycznego lub skażenia radioaktywnego, itp.

Jeżeli działalność Szpitala ulegnie zmianie w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej (np. powstaną nowe oddziały, poradnie, itp.) Ubezpieczyciel automatycznie obejmie ochroną tę nową działalność.

W ramach sumy gwarancyjnej Ubezpieczyciel zobowiązany jest do pokrycia kosztów sądowej obrony przed roszczeniem poszkodowanego lub uprawnionego w sporze, o którym Ubezpieczyciel został zawiadomiony, ponadto do pokrycia kosztów:

- zastosowania wszelkich dostępnych środków w celu zapobieżenia powstania bezpośrednio grożącej szkody lub zwiększeniu się szkody, choćby okazały się bezskuteczne,

- wynagrodzenia rzeczoznawców, biegłych, ekspertów powołanych w celu ustalenia okoliczności lub rozmiaru szkody,

- obrony sądowej w postępowaniu cywilnym z udziałem Ubezpieczonego jako strony pozwanej,

- obrony sądowej w postępowaniu karnym, jeśli prowadzone postępowanie związane jest z ustaleniem odpowiedzialności Ubezpieczonego,

- postępowań sądowych, w tym mediacji lub postępowań pojednawczych oraz koszty opłat administracyjnych.

**Ogólna suma gwarancyjna na jedno i wszystkie zdarzenia w każdym 12-miesięczym okresie ubezpieczenia: 2.000.000,- PLN**

Franszyza integralna: 200,00 zł

**Klauzule obligatoryjne do OC dobrowolnego:**

**~~Klauzula generalna~~**~~: klauzule dodatkowe oraz postanowienia szczególne zawarte w umowie ubezpieczenia mają zastosowanie tylko wtedy, gdy nie zawężają ochrony ubezpieczeniowej (odpowiedzialności Ubezpieczyciela) wynikającej z OWU (ogólnych warunków ubezpieczenia) / WU (warunków ubezpieczenia) w ubezpieczeniu, do którego zostały włączone. W sytuacji, gdy zgodnie z treścią klauzul i/lub postanowień szczególnych w stosunku do OWU (ogólnych warunków ubezpieczenia) / WU (warunków ubezpieczenia) – dochodzi do zawężenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w danym ubezpieczeniu, zastosowanie mają tylko te zapisy w tych klauzulach i/lub postanowieniach szczególnych, które tej odpowiedzialności nie zawężają.~~

**Klauzula reprezentantów**: z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą, postanowień umowy ubezpieczenia strony uzgodniły, że Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności za szkody powstałe wskutek winy umyślnej reprezentantów Zamawiającego. Dla celów niniejszej umowy za reprezentantów Zamawiającego uważa się Dyrektora Samodzielnego Publicznego ZOZ-u. Za szkody powstałe wskutek winy umyślnej wszystkich pozostałych osób, nie będących reprezentantami (w szczególności pozostałych pracowników i współpracowników Zamawiającego), Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, z zastrzeżeniem prawa do regresu.

**Klauzula początku ochrony ubezpieczeniowej**: z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą, postanowień umowy ubezpieczenia strony uzgodniły, że odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia wskazanego w dokumencie ubezpieczenia jako początek ochrony ubezpieczeniowej, mimo opłacenia składki lub jej pierwszej raty w późniejszym terminie.

**Klauzula potrącania rat**: z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą, postanowień umowy ubezpieczenia strony uzgodniły, że w przypadku wypłaty odszkodowania, Ubezpieczyciel nie będzie potrącać z kwoty odszkodowania rat składek jeszcze nie wymagalnych, a raty nie opłacone nie stają się natychmiastowo wymagalne.

**Klauzula czasu ochrony**: z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą, postanowień umowy ubezpieczenia strony uzgodniły, że brak wpłaty przez Zamawiającego składki, bądź pierwszej z rat w terminie przewidzianym w umowie ubezpieczenia nie powoduje wygaśnięcia (rozwiązania) umowy ubezpieczenia, nie skutkuje także zawieszeniem udzielanej ochrony ubezpieczeniowej. W takim przypadku Ubezpieczyciel pisemnie wezwie Zamawiającego do zapłaty zaległej składki wyznaczając nowy, co najmniej 14-dniowy termin zapłaty. Dopiero nie opłacenie zaległej składki w nowym wyznaczonym terminie może spowodować rozwiązanie umowy ubezpieczenia i wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej - warunkiem rozwiązania umowy jest przesłanie pisemnej informacji przez Ubezpieczyciela określającej datę wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej. Ubezpieczycielowi przysługuje roszczenie o zaległą składkę za okres faktycznie udzielanej ochrony.

**Klauzula terminu zapłaty**: z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą, postanowień umowy ubezpieczenia strony uzgodniły, że w sytuacji, gdy zapłata należnej Ubezpieczycielowi składki dokonywana jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego, za zapłatę uważa się datę złożenia zlecenia w banku, urzędzie pocztowym lub systemie elektronicznym na właściwy rachunek Ubezpieczyciela, pod warunkiem, że na rachunku Zamawiającego zgromadzona była odpowiednia ilość środków wystarczających na pokrycie wymaganej składki lub raty.

**Klauzula rozliczenia składki**: Strony uzgodniły, iż w przypadku wygaśnięcia/rozwiązania stosunku ubezpieczenia (wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej) przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa, Ubezpieczyciel zwraca składkę za niewykorzystany okres w systemie pro rata temporis za każdy dzień bez potrącenia kosztów manipulacyjnych.

**Klauzula likwidacyjna**: z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień umowy ubezpieczenia strony uzgodniły, że ustala się że w przypadku zgłoszenia roszczenia przez poszkodowanego bezpośrednio do Ubezpieczyciela będzie stosowany następujący porządek:

1. Ubezpieczyciel przekaże do Ubezpieczonego informację o wpłynięciu roszczenia i o jego wysokości, o numerze szkody, o imieniu i nazwisku pacjenta oraz dacie oraz okolicznościach szkody i zarzutach poszkodowanego,

2. Pod warunkiem uprzedniego wyrażenia przez poszkodowanego, jego przedstawiciela

ustawowego lub uprawnionego - zgody na przekazanie danych, w tym danych dotyczących zdrowia podmiotowi leczniczemu, który wykonywał świadczenia zdrowotne :

- Ubezpieczyciel występuje do Ubezpieczonego o zajęcie stanowiska i przekazanie

dokumentacji w związku z roszczeniem,

- Ubezpieczyciel zobowiązany jest poinformować Ubezpieczonego o zajętym stanowisku

poprzez przesłanie kopii decyzji wypłaty bądź odmowy świadczenia

3. W przypadku braku zgody, o której mowa w pkt. 2, a w konsekwencji braku stanowiska Ubezpieczonego i braku dokumentacji od Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wyda decyzję odmowną z uwagi na brak udowodnienia przesłanek odpowiedzialności cywilnej Ubezpieczonego. W przypadku konieczności zajęcia innego stanowiska, Ubezpieczyciel uprzednio poinformuje o tym Ubezpieczonego, poinformuje również o ustaleniach dokonanych w toku likwidacji szkody oraz uzyska stanowisko Ubezpieczonego w sprawie.

**Klauzula ważnych powodów wypowiedzenia (dot. art. 812 § 5 kc)**: Strony uzgodniły, iż za ważne powody uzasadniające wypowiedzenie umowy przez Ubezpieczyciela uznaje się wyłącznie poniżej określone sytuacje:

• jeżeli Ubezpieczający / Ubezpieczony wyłudził lub usiłował wyłudzić świadczenie z umowy ubezpieczenia, przy czym wyłudzenie lub usiłowanie wyłudzenia odszkodowania musi być potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądowym,

• jeżeli w związku z zawarciem lub wykonaniem umowy ubezpieczenia Ubezpieczający / Ubezpieczony usiłował popełnić przestępstwo, przy czym popełnienie lub usiłowanie popełnienia przestępstwa musi być potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądowym.

**Klauzula przekształcenia**: Strony uzgodniły, że w przypadku przekształcenia prawnego Zamawiającego (także na spółkę prawa handlowego), łączenia lub podziału podmiotu, Ubezpieczyciel dokona cesji wszelkich praw wynikających z zawartych umów ubezpieczenia na nowo powstały podmiot.

Cesja zostanie dokonana na wniosek Ubezpieczającego z zachowaniem wszelkich warunków określonych w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, że przekształcony podmiot będzie prowadził analogiczny profil działalności jak przed przekształceniem prawnym.

**Klauzula realizacji wyroku**: Ubezpieczyciel jest zobowiązany do realizacji wyroków wydanych przeciwko Ubezpieczonemu, bezpośrednio na rzecz wierzyciela Ubezpieczonego, na podstawie prawomocnego wyroku sądowego, jeżeli kwoty zasądzenia mieszczą się w zakresie ochrony ubezpieczeniowej. Ubezpieczyciel nie będzie wymagać od Ubezpieczającego wcześniejszej realizacji wyroku we własnym zakresie. Zapłata ta następować będzie niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni od daty doręczenia
Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego prawomocnego wyroku zasądzającego w/w kwoty. Niniejsza klauzula ma zastosowanie pod warunkiem poinformowania Ubezpieczyciela o wszczęciu postępowania sądowego w tym złożenie wniosku o przypozwanie Ubezpieczyciela w terminie umożliwiającym Ubezpieczycielowi podjęcie decyzji o przystąpieniu do sporu.

1. **Klauzule fakultatywne do OC dobrowolnego:**

**Klauzula podniesienia sumy gwarancyjnej**: podniesienie sumy gwarancyjnej z 2.000.000,- PLN do **3.000.000,- PLN na jeden i wszystkie zdarzenia w każdym 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia**.

/50 punktów/

**Klauzula wypłaty funduszy prewencyjnego**: Strony uzgodniły, iż Ubezpieczyciel przekaże Zamawiającemu środki finansowe w kwocie **25.000,- PLN w każdym 12-miesięczym okresie ubezpieczenia**, w ramach tzw. funduszu prewencyjnego.

Celem wydatkowania tych środków jest poprawa bezpieczeństwa czynnego i biernego Zamawiającego oraz jego pracowników, kontrahentów i pacjentów, itd.

Przeznaczenie realizacji środków będzie każdorazowo ustalane z Ubezpieczycielem z zastrzeżeniem, że środki te mogą być wykorzystane także na szkolenia pracownicze, zakup sprzętu i środków medycznych oraz inne statutowe cele Zamawiającego.

Strony ustalają, że niewykorzystana kwota funduszu prewencyjnego z danego okresu ubezpieczeniowego, nie przepada, tylko przechodzi na kolejny okres ubezpieczeniowy i powiększa kwotę funduszu dla kolejnego okresu ubezpieczeniowego.

/50 punktów/

1. **PUNKTACJA:**
2. **Klauzula podniesienia sumy gwarancyjnej: liczba punktów: 50**
3. **Klauzula wypłaty funduszy prewencyjnego: liczba punktów: 50**
4. **Łączna liczba punktów za klauzule fakultatywne: 100**