**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia, zawierający warunki wymagane, klauzule dodatkowe i inne postanowienia (szczególnie preferowane) grupowego ubezpieczenia na życie pracowników Uniwersytetu Przyrodniczego w Poznaniu oraz ich współmałżonków, partnerów życiowych i pełnoletnich dzieci.

Dokumenty opisujące przedmiot niniejszego zamówienia stanowią wniosek ubezpieczeniowy w rozumieniu przepisów kodeksu cywilnego, na podstawie którego Ubezpieczyciel potwierdzi zawarcie umów ubezpieczenia w formie polis.

Warunki ubezpieczenia opisane w niniejszej specyfikacji stanowią warunki szczególne w rozumieniu kodeksu cywilnego i mają pierwszeństwo w zastosowaniu i interpretacji umów przed OWU.

Zapisy OWU, z których wynika, iż zakres ubezpieczenia jest węższy niż zakres opisany poniżej, nie mają zastosowania. W kwestiach nieuregulowanych w SWZ zastosowanie mają przepisy prawa oraz OWU Wykonawcy obowiązujące w dniu składania oferty na podstawie których Wykonawca przygotował ofertę.

W przypadku, gdy postanowienia OWU Wykonawcy są korzystniejsze dla Ubezpieczonego niż postanowienia SWZ, Zamawiający dopuszcza stosowanie postanowień OWU.

**INFORMACJE O UBEZPIECZAJĄCYM / UBEZPIECZONYCH**

Ubezpieczający:

Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu

ul. Wojska Polskiego 28, 60-637 Poznań

NIP: 7770004960, REGON: 000001844

Ubezpieczeni – pracownicy jednostki oraz ich współmałżonkowie, partnerzy życiowi i pełnoletnie dzieci

Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu

ul. Wojska Polskiego 28, 60-637 Poznań

NIP: 7770004960, REGON: 000001844

Liczba zatrudnionych pracowników: 1 369

Liczba obecnie ubezpieczonych w ramach grupowego ubezpieczenia na życie: 1 079 (w tym współmałżonków, partnerów życiowych, pełnoletnich dzieci 140)

Liczba pracowników obecnie ubezpieczonych w ramach grupowego ubezpieczenia zdrowotnego: 296

**Zamawiający nie gwarantuje, że do ubezpieczenia przystąpią wszystkie dotychczas ubezpieczone osoby.**

**CPV 66510000-8 – usługi ubezpieczeniowe**

**66511000-5 – usługi ubezpieczenia na życie**

**66512210-7 – usługi ubezpieczenia zdrowotnego**

**Przedmiot zamówienia obejmuje dobrowolne ubezpieczenia na życie oraz zdrowotne pracowników Ubezpieczającego oraz członków ich rodzin:**

1. **Zadanie I – Grupowe ubezpieczenia na życie**
2. **Zadanie II – Grupowe ubezpieczenie zdrowotne**

**ZADANIE I – GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE**

1. **ZAŁOŻENIA UBEZPIECZENIA**
   1. **Przystąpienie do ubezpieczenia**
      1. Do ubezpieczenia będą mieli prawo przystąpić pracownicy Ubezpieczającego (w tym doktoranci), którzy w dniu składania deklaracji ukończyli 18 rok życia i nie ukończyli 69 roku życia.
      2. Do ubezpieczenia będą mieli prawo przystąpić również współmałżonkowie, partnerzy życiowi oraz pełnoletnie dzieci pracowników, którzy w dniu składania deklaracji ukończyli 18 rok życia i nie ukończyli 69 roku życia.
      3. Współmałżonkowie, partnerzy życiowi oraz pełnoletnie dzieci mogą przystąpić do ubezpieczenia na tych samych warunkach, co pracownik, który będzie finansował składki za własne ubezpieczenie oraz za ubezpieczenie współmałżonka, partnera życiowego lub pełnoletniego dziecka.
      4. Współmałżonkowie, partnerzy życiowi oraz pełnoletnie dzieci przystępując do ubezpieczenia nie będą zobowiązani do wyboru tego samego wariantu co pracownik.
      5. Odpowiedzialność Wykonawcy w stosunku do Ubezpieczonego pracownika, współmałżonka, partnera życiowego oraz pełnoletniego dziecka trwa do końca trwania umowy ubezpieczenia, pod warunkiem, że pozostają pracownikami Zamawiającego lub jego małżonkami, partnerami życiowymi oraz pełnoletnimi dziećmi.
      6. Ograniczenie wiekowe określone w pkt. 1.1.1 oraz 1.1.2. nie dotyczy osób objętych w okresie co najmniej sześciu miesięcy przed podpisaniem umowy innym grupowym ubezpieczeniem na życie funkcjonującym u Ubezpieczającego.
      7. Wykonawca zobowiązuje się do przyjęcia do ubezpieczenia wszystkich osób przebywających na zwolnieniach lekarskich, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekle chorych, na świadczeniu rehabilitacyjnym, urlopach macierzyńskich/rodzicielskich, urlopach bezpłatnych, a także osób które zostały uznane za niezdolne do pracy (pod warunkiem, iż jest dopuszczona do pracy przez lekarza medycyny pracy) o ile osoby te były objęte w okresie co najmniej sześciu miesięcy przed podpisaniem umowy innym grupowym ubezpieczeniem na życie funkcjonującym u Ubezpieczającego.
      8. W stosunku do pracowników zgłaszanych do ubezpieczenia nie będzie dokonywana żadna medyczna ocena ryzyka. Wykonawca nie będzie żądał od osoby zgłaszanej do ubezpieczenia przedstawienia informacji na temat stanu jej zdrowia, co oznacza, że udzielenie ochrony ubezpieczeniowej nie będzie zależeć od udzielenia, odmowy lub podania nieprawdziwych informacji na temat stanu zdrowia danej osoby.
      9. W stosunku do współmałżonków oraz pełnoletnich dzieci zgłaszanych do ubezpieczenia objętych w okresie co najmniej sześciu miesięcy przed podpisaniem umowy innym grupowym ubezpieczeniem na życie funkcjonującym u Ubezpieczającego nie będzie dokonywana żadna medyczna ocena ryzyka. Wykonawca nie będzie żądał od osoby zgłaszanej do ubezpieczenia przedstawienia informacji na temat stanu jej zdrowia, co oznacza, że udzielenie ochrony ubezpieczeniowej nie będzie zależeć od udzielenia, odmowy lub podania nieprawdziwych informacji na temat stanu zdrowia danej osoby.
      10. W stosunku do współmałżonków, partnerów życiowych oraz pełnoletnich dzieci zgłaszanych do ubezpieczenia po raz pierwszy Wykonawca może zażądać oświadczenia o stanie zdrowia. W sytuacji w której ubezpieczony nie będzie mógł ze względu na historię medyczną podpisać oświadczenia zostanie przez niego wypełniony kwestionariusz medyczny na podstawie którego Wykonawca podejmie decyzję o możliwości przystąpienia do ubezpieczenia.
      11. Ubezpieczony pracownik, jego współmałżonek, partner życiowy oraz pełnoletnie dziecko może dokonać zmiany wybranego wariantu ubezpieczenia z obowiązywaniem od pierwszego dnia kolejnego miesiąca. Przy zmianie na wariant z wyższymi wartościami świadczeń zastosowanie będą miały karencje do różnicy świadczeń, zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia Wykonawcy.
      12. Zbieranie deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia pracowników, współmałżonków, partnerów życiowych oraz pełnoletnich dzieci rozpocznie się w terminie 14 dni od zawarcia umowy o wykonanie zadania.
   2. **Karencje**
      1. Wykonawca obejmie ubezpieczeniem na życie pracowników bez okresu karencji w pełnym zakresie, jeżeli osoby te przystąpią do ubezpieczenia poprzez złożenie deklaracji uczestnictwa przed upływem 3 miesięcy liczonych od dat:

* początku ochrony (umowy) ubezpieczeniowej określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia
* nawiązania stosunku prawnego, jeżeli stosunek prawny ubezpieczonego z ubezpieczającym powstał po początku ochrony (umowy) ubezpieczeniowej
  + 1. Wykonawca obejmie ubezpieczeniem na życie współmałżonków, partnerów życiowych oraz pełnoletnie dzieci bez okresu karencji w pełnym zakresie, jeżeli osoby te przystąpią do ubezpieczenia poprzez złożenie deklaracji uczestnictwa przed upływem 3 miesięcy liczonych od dat:
* początku ochrony (umowy) ubezpieczeniowej określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia
* zawarcia związku małżeńskiego dla współmałżonka
* ukończenia 18-go roku życia dla pełnoletniego dziecka
  1. **Składka za ubezpieczenie**
     1. Składka za ubezpieczenie będzie płatna miesięcznie przez cały okres realizacji zamówienia do 15 dnia okresu, za który jest należna. Składka będzie płacona przelewem na konto bankowe Wykonawcy z podaniem w tytule przelewu numeru polisy, zgodnie z wariantem ubezpieczenia. Ubezpieczający będzie płatnikiem składki finansowanej ze środków potrąconych z wynagrodzeń ubezpieczonych pracowników. Pracownik będzie również finansował ze swojego wynagrodzenia składkę za ubezpieczenia współmałżonka, partnera życiowego lub pełnoletniego dziecka.
     2. Nieopłacenie składki za wszystkich ubezpieczonych lub za pojedynczego ubezpieczonego w wyznaczonym terminie, nie powoduje wygaśnięcia umowy ani zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej oraz nie skutkuje rozwiązaniem umowy, pod warunkiem, że składka za ubezpieczenie grupowe zostanie przekazana do końca miesiąca za który jest należna. W przypadku braku składki do końca miesiąca, odpowiedzialność na polisie zostaje zawieszona, a 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.
     3. Wysokość składki za jednego Ubezpieczonego przez cały okres realizacji zamówienia będzie niezmienna.
     4. Wysokością miesięcznej składki będzie suma iloczynów zaoferowanej miesięcznej składki za jednego Ubezpieczonego w każdym z pięciu wariantów ubezpieczenia i faktycznej liczby Ubezpieczonych w danym miesiącu w poszczególnych wariantach.
  2. **Obsługa programu ubezpieczenia**
     1. Ubezpieczający przekazuje Wykonawcy, w formie określonej w ogólnych warunkach ubezpieczenia listę osób przystępujących do ubezpieczenia wraz z deklaracjami uczestnictwa tych osób przed miesiącem w którym ma być udzielona ochrona ubezpieczeniowa.
     2. Wykonawca zapewni system informatyczny do obsługi ubezpieczenia. Wymagany zakres funkcji systemu informatycznego będzie w szczególności obejmować:
* prowadzenie ewidencji osób objętych programem ubezpieczenia,
* ewidencjonowanie osób przystępujących do programu ubezpieczenia,
* ewidencjonowanie osób występujących z programu ubezpieczenia,
* generowanie raportów aktualnie ubezpieczonych, a także osób ubezpieczonych w poszczególnych miesiącach ochrony od rozpoczęcia ubezpieczenia (raport musi zawierać: numer polisy/numer umowy, imię i nazwisko ubezpieczonego, numer PESEL ubezpieczonego, numer PESEL płatnika składki, datę początku ochrony ubezpieczeniowej, datę końca ochrony ubezpieczeniowej, kwotę składki miesięcznej),
* dostęp do wskazanych przez ubezpieczonego uposażonych,
* możliwość modyfikacji/aktualizacji danych ubezpieczonego,
* rozliczanie miesięcznych składek.
  + 1. Wykonawca zobowiązany jest do wyznaczenia (na dzień składania oferty) Punktu Obsługi Klienta w miejscowości, w której siedzibę ma Zamawiający.
    2. Wykonawca wskaże Opiekuna Kontraktu dostępnego w miejscowości, w której siedzibę ma Zamawiający.
    3. Wykonawca zapewni system informatyczny o którym mowa powyżej w ppkt. 1.4.2. na uruchomienie programu ubezpieczenia. Wykonawca bezpłatne przeszkoli personel obsługowy przedstawiając dostępne funkcje.
    4. Wszelkie czynności związane z obsługą programu ubezpieczenia będą dokonywane drogą elektroniczną, za wyjątkiem przekazania oryginałów deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, które zostaną przekazane bezpośrednio do Wykonawcy przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej.
    5. Wykonawca zobowiązuje się przy kalkulowaniu oferty uwzględnić comiesięczną prowizję na pokrycie kosztów czynności administracyjnych związanych z obsługą umowy oraz kurtażu brokerskiego w łącznej wysokości stanowiącej 12% płaconej składki za każdy miesiąc trwania umowy i realizacji zamówienia.
  1. **Realizacja świadczeń**
     1. Wykonawca zapewni możliwość zgłaszania roszczeń za pomocą strony internetowej, infolinii oraz w formie bezpośredniej w oddziale Wykonawcy.
     2. W przypadku roszczeń z tytułu śmierci współmałżonka, śmierci rodziców i teściów, śmierci dziecka oraz urodzenia się dziecka Wykonawca zobowiązuje się do zakończenia procesu likwidacji roszczenia w terminie nie dłuższym niż 5 dni roboczych od daty wpływu kompletnej dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia roszczenia.
     3. W przypadku zgłoszenia roszczeń z innych ryzyk niż wymienione powyżej w ppkt. 1.5.2. Wykonawca zobowiązuje się do zakończenia procesu likwidacji roszczenia w ciągu 30 dni roboczych od daty zgłoszenia szkody, a w przypadku braku kompletnej dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia roszczenia, zobowiązuje się do wypłaty świadczenia w terminie 14 dni od dnia wyjaśnienia wszystkich okoliczności niezbędnych do ustalenia jego odpowiedzialności. Ponadto w ciągu 7 dni od daty wpływu roszczenia do Klienta będzie wysyłane pismo z prośbą o uzupełnienie dokumentacji oraz listą informacji niezbędnych do zakończenia procesu likwidacji roszczenia.
     4. Wysokość wypłacanych świadczeń nie może zostać pomniejszona o kwotę już wypłaconych świadczeń wynikających z zawartej umowy ubezpieczenia.

1. **MAKSYMALNY POZIOM MIESIĘCZNEJ SKŁADKI W STOSUNKU DO JEDNEJ OSOBY WYNOSI:**

* **Wariant I – 65,00 zł**
* **Wariant II – 75,00 zł**
* **Wariant III – 85,00 zł**
* **Wariant IV – 95,00 zł**
* **Wariant V – 135,00 zł**

1. **MINIMALNY WYMAGANY ZAKRES UBEZPIECZENIA ORAZ WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **ŚWIADCZENIA** | **Wariant**  **I** | **Wariant**  **II** | **Wariant**  **III** | **Wariant**  **IV** | **Wariant**  **V** |
| 1 | **Śmierć Ubezpieczonego** | 50 000 | 65 000 | 70 000 | 80 000 | 120 000 |
| 2 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** | 87 500 | 113 750 | 122 500 | 140 000 | 210 000 |
| 3 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego** | 75 000 | 100 000 | 110 000 | 120 000 | 150 000 |
| 4 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy** | 135 000 | 175 000 | 200 000 | 250 000 | 400 000 |
| 5 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego** | 135 000 | 175 000 | 200 000 | 250 000 | 400 000 |
| 6 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy** | 175 000 | 240 000 | 300 000 | 350 000 | 500 000 |
| 7 | **Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego za 1% uszczerbku** | 500 | 600 | 700 | 800 | 900 |
| 8 | **Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie NW za 1% uszczerbku** | 400 | 500 | 600 | 750 | 900 |
| 9 | **Śmierć Współmałżonka** | 15 000 | 17 000 | 20 000 | 25 000 | 30 000 |
| 10 | **Śmierć Współmałżonka w następstwie NW** | 35 000 | 45 000 | 52 000 | 60 000 | 70 000 |
| 11 | **Śmierć dziecka** | 4 000 | 5 000 | 6 000 | 7 000 | 7 500 |
| 12 | **Śmierć dziecka w następstwie NW** | 8 000 | 10 000 | 12 000 | 14 000 | 17 000 |
| 13 | **Śmierć rodziców / teściów** | 1 800 | 2 250 | 2 500 | 1 700 | 3 000 |
| 14 | **Śmierć rodziców / teściów w następstwie NW** | 4 000 | 5 600 | 6 000 | 3 400 | 7 000 |
| 15 | **Urodzenie się dziecka** | 1 300 | 1 600 | 1 800 | 700 | 3 000 |
| 16 | **Urodzenie martwego dziecka** | 2 600 | 3 200 | 4 000 | 1 400 | 6 000 |
| 17 | **Osierocenie dziecka** | 8 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 |
| 18 | **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego** | 5 000 | 7 000 | 8 500 | 9 000 | 10 000 |
| 19 | **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego na nowotwór złośliwy (świadczenie skumulowane z poważnym zachorowaniem Ubezpieczonego)** | 7 500 | 9 500 | 11 000 | 11 500 | 12 500 |
| 20 | **Leczenie specjalistyczne** | 3 000 | 4 000 | 5 000 | 8 000 | 9 000 |
| 21 | **Operacje chirurgiczne** | 4 800 | 5 000 | 5 500 | 8 000 | 10 000 |
| 22 | **Trwała niezdolność do pracy** | 20 000 | 30 000 | 30 000 | 40 000 | 50 000 |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu do 14 dni** | | | | | |
| 23 | **Leczenie w szpitalu w związku z chorobą** | 60 | 65 | 75 | 85 | 100 |
| 24 | **Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym** | 160 | 200 | 235 | 270 | 300 |
| 25 | **Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem** | 200 | 280 | 320 | 360 | 400 |
| 26 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym** | 280 | 350 | 400 | 450 | 500 |
| 27 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem przy pracy** | 280 | 350 | 400 | 450 | 500 |
| 28 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym w pracy** | 320 | 400 | 450 | 500 | 600 |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni** | | | | | |
| 29 | **Leczenie w szpitalu w związku z chorobą** | 60 | 65 | 75 | 85 | 100 |
| 30 | **Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym** | 60 | 65 | 75 | 85 | 100 |
| 31 | **Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem** | 150 | 200 | 200 | 300 | 300 |
| 32 | **Świadczenie apteczne** | 30 | 32,5 | 37,5 | 42,5 | 50 |
| 33 | **Rekonwalescencja** | 600 | 650 | 750 | 850 | 1 000 |
| **MAKSYMALNA SKŁADKA MIESIĘCZNA** | | **65,00 zł** | **75,00 zł** | **85,00 zł** | **95,00 zł** | **135,00 zł** |

Objaśnienie do świadczeń określonych w tabeli powyżej: kwota świadczenia podana w powyższej tabeli w kolumnie „wysokość świadczenia” stanowi wypłacaną ubezpieczonemu/uposażonemu wartość świadczenia (PLN) z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego (zgonu, trwałego uszczerbku, choroby, urodzenia dziecka itp.), za wyjątkiem poz. 21 – Operacje chirurgiczne, w której podana jest kwota bazowa wypłacana dla operacji najcięższych od której naliczane są świadczenia za pozostałe operacje.

* 1. Wykonawca zobowiązany jest do złożenia oferty na wszystkie warianty przedstawione w tabeli powyżej.
  2. Poszczególne zakresy ubezpieczenia będą funkcjonować jeżeli przystąpi do każdego z nich minimum 5% ubezpieczonych osób.
  3. Liczba ubezpieczonych pracowników, współmałżonków, pełnoletnich dzieci w ramach dotychczasowego grupowego ubezpieczenia na życie: 1 079
  4. **Zamawiający nie gwarantuje, że do ubezpieczenia przystąpią wszystkie dotychczas ubezpieczone osoby.**

1. **INDYWIDUALNA KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA**
   1. Wykonawca zapewni możliwość indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia (zgodnie z OWU Wykonawcy na dzień składania oferty) dla Ubezpieczonego, bez względu na wiek, po ustaniu stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Zamawiającym oraz w okresie korzystania z urlopu wychowawczego lub bezpłatnego jak również w stosunku do Ubezpieczonego, który odbywa służbę wojskową. W każdym z wymienionych przypadków prawo do indywidualnej kontynuacji przysługuje Ubezpieczonemu za którego przekazano składkę za okres co najmniej 6 miesięcy (wliczając staż z poprzedniego programu pod warunkiem zachowania ciągłości ubezpieczenia).
2. **RODZAJE ŚWIADCZEŃ – POSTANOWIENIA SZCZEGÓLNE I DOPUSZCZALNE WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI**
   1. **Śmierć Ubezpieczonego**
      1. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
      2. Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku:

* działań wojennych lub czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub w masowych rozruchach społecznych
* samobójstwa ubezpieczonego popełnionego w okresie 2 lat od początku odpowiedzialności w stosunku do tego Ubezpieczonego (z zaliczeniem stażu z dotychczasowego ubezpieczenia funkcjonującego u Zamawiającego)
  1. **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku**
     1. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w okresie odpowiedzialności Wykonawcy w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku oraz jeżeli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego.
     2. Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za skutki nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił:
* w wyniku działań wojennych lub czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub w masowych rozruchach społecznych
* w związku z popełnieniem przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa
* podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu
  + jeżeli Ubezpieczony nie posiadał określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu
  + jeżeli Ubezpieczony był po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub substancji zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii
* w wyniku samookaleczenia, usiłowania popełnienia albo popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego
* 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
* w wyniku uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, przez kogo były wykonywane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku
  1. **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udarem mózgu**
     1. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w okresie odpowiedzialności Wykonawcy w ciągu 6 miesięcy od daty zawału serca lub udaru mózgu oraz jeżeli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu a śmiercią Ubezpieczonego.
     2. Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za śmierć Ubezpieczonego spowodowaną zawałem serca lub udarem mózgu, które zaistniały:
* w wyniku działań wojennych lub czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub w masowych rozruchach społecznych
* w wyniku popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa
* w wyniku usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa
* 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
  1. **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy**
     1. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w okresie odpowiedzialności Wykonawcy w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku przy pracy oraz jeżeli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy a śmiercią Ubezpieczonego.
     2. Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za skutki wypadku przy pracy, który zaistniał:
* w wyniku działań wojennych lub czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub w masowych rozruchach społecznych
* w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa
* podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu:
  + jeżeli Ubezpieczony nie posiadał określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu
  + jeżeli Ubezpieczony prowadził pojazd który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu
  + jeżeli Ubezpieczony wykonywał pracę bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa
* podczas gdy Ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a przyczyniło się to do zaistnienia wypadku przy pracy
* w wyniku samookaleczenia, usiłowania popełnienia albo popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego
  1. **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego**
     1. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w okresie odpowiedzialności Wykonawcy w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego oraz jeżeli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią Ubezpieczonego.
     2. Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za skutki wypadku komunikacyjnego, który zaistniał:
* w wyniku działań wojennych lub czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub w masowych rozruchach społecznych
* w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa
* podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu jeżeli Ubezpieczony nie posiadał określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu
* podczas gdy Ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a przyczyniło się to do zaistnienia wypadku komunikacyjnego
* w wyniku samookaleczenia, usiłowania popełnienia albo popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego
  1. **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy**
     1. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w okresie odpowiedzialności Wykonawcy w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy oraz jeżeli z medycznego puntu widzenia istnieje związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym przy pracy a śmiercią Ubezpieczonego.
     2. Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za skutki wypadku komunikacyjnego przy pracy, który zaistniał:
* w wyniku działań wojennych lub czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub w masowych rozruchach społecznych
* w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa
* podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu jeżeli Ubezpieczony nie posiadał określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu
* podczas gdy Ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a przyczyniło się to do zaistnienia wypadku komunikacyjnego
* w wyniku samookaleczenia, usiłowania popełnienia albo popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego
  1. **Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu**
     1. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli trwały uszczerbek nastąpił w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
     2. Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za skutki zawału serca lub udaru mózgu, które zaistniały:
* w wyniku działań wojennych lub czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych
* w wyniku popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa
* w wyniku usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego
* podczas prowadzenia pojazdu w stanie nietrzeźwości
  1. **Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku**
     1. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli trwały uszczerbek nastąpił w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
     2. Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za skutki nieszczęśliwego wypadku, który zaistniał:
* w wyniku działań wojennych lub czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych
* w związku z popełnieniem przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa
* podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu jeżeli Ubezpieczony nie posiadał określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu
* podczas, gdy Ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a przyczyniło się to do zaistnienia nieszczęśliwego wypadku
* w wyniku samookaleczenia, usiłowania popełnienia albo popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego
* bezpośrednio w wyniku zatrucia spowodowanych 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
  1. **Śmierć Współmałżonka**
     1. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli śmierć Współmałżonka nastąpiła w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
     2. Świadczenie dotyczy również śmierci partnera życiowego.
     3. Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Współmałżonka nastąpiła w wyniku działań wojennych lub czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub w masowych rozruchach społecznych
  2. **Śmierć Współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku**
     1. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli śmierć Współmałżonka nastąpiła w okresie odpowiedzialności Wykonawcy w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku oraz jeżeli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Współmałżonka.
     2. Świadczenie dotyczy również śmierci partnera życiowego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
     3. Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za skutki nieszczęśliwego wypadku, który zaistniał:
* w wyniku działań wojennych lub czynnego udziału Współmałżonka w aktach terroru lub w masowych rozruchach społecznych
* w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Współmałżonka czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa
* podczas prowadzenia przez Współmałżonka pojazdu jeżeli Współmałżonek nie posiadał określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu
* podczas gdy Współmałżonek był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a przyczyniło się to do zaistnienia nieszczęśliwego wypadku
* w wyniku samookaleczenia, usiłowania popełnienia albo popełnienia samobójstwa przez Współmałżonka
* 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
* w wyniku uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, przez kogo były wykonywane, chyba, że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku
  1. **Śmierć dziecka**
     1. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli śmierć dziecka nastąpiła w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
     2. Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć dziecka nastąpiła w wyniku działań wojennych lub czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych.
  2. **Śmierć dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku**
     1. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli śmierć dziecka nastąpiła w okresie odpowiedzialności Wykonawcy w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku oraz jeżeli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią dziecka.
     2. Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za skutki nieszczęśliwego wypadku, który zaistniał:
* w wyniku działań wojennych lub czynnego udziału dziecka w aktach terroru lub w masowych rozruchach społecznych
* w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez dziecko czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa
* podczas prowadzenia przez dziecko pojazdu jeżeli dziecko nie posiadało określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu
* podczas gdy dziecko było w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a przyczyniło się to do zaistnienia nieszczęśliwego wypadku
* w wyniku samookaleczenia, usiłowania popełnienia albo popełnienia samobójstwa przez dziecko
* 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
* w wyniku uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, przez kogo były wykonywane, chyba, że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku
  1. **Śmierć rodziców lub teściów**
     1. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli śmierć rodzica lub teścia nastąpiła w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
     2. Świadczenie dotyczy również śmierci rodzica partnera życiowego.
     3. Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć rodzica lub teścia nastąpiła w wyniku działań wojennych lub czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych.
  2. **Śmierć rodziców lub teściów w następstwie nieszczęśliwego wypadku**
     1. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli śmierć rodzica lub teścia nastąpiła w okresie odpowiedzialności Wykonawcy w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku oraz jeżeli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią rodzica lub teścia.
     2. Świadczenie dotyczy również śmierci rodzica partnera życiowego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
     3. Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za skutki nieszczęśliwego wypadku, który zaistniał:
* w wyniku działań wojennych lub czynnego udziału rodzica lub teścia w aktach terroru lub w masowych rozruchach społecznych
* w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez rodzica lub teścia czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa
* podczas prowadzenia przez rodzica lub teścia pojazdu jeżeli rodzic lub teść nie posiadał określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu
* podczas gdy rodzic lub teść był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a przyczyniło się to do zaistnienia nieszczęśliwego wypadku
* w wyniku samookaleczenia, usiłowania popełnienia albo popełnienia samobójstwa przez rodzica lub teścia
* 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
* w wyniku uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, przez kogo były wykonywane, chyba, że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku
  1. **Urodzenie martwego dziecka**
     1. Prawo do świadczenia przysługuje Ubezpieczonemu po urodzeniu martwego dziecka w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
     2. Prawo do świadczenia przysługuje za każde z martwo urodzonych dzieci w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
  2. **Osierocenie dziecka**
     1. Świadczenie z tytułu osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego należne jest każdemu dziecku, niezależnie od jego wieku, o ile nie przyczyniło się umyślnie do śmierci Ubezpieczonego.
     2. Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności w przypadku wyłączeń odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
  3. **Urodzenie się dziecka**
     1. Prawo do świadczenia przysługuje po urodzeniu się dziecka Ubezpieczonemu w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
     2. Prawo do świadczenia przysługuje za każde z urodzonych/przysposobionych dzieci w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
  4. **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego**
     1. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli poważne zachorowanie nastąpiło w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
     2. Wykonawca nie może odmówić wypłaty świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania powołując się na fakt, iż zajście zdarzenia jako przyczyna poważnego zachorowania miała miejsce przed początkiem odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej w drodze niniejszego postępowania przetargowego.
     3. Wykonawca ponosi odpowiedzialność wobec Ubezpieczonego za każdorazowe wystąpienie poważnego zachorowania objętego przedstawionym w ofercie Katalogiem Poważnych Zachorowań, chyba że pomiędzy jednostkami chorobowymi zachodzi związek przyczynowo-skutkowy. W takim przypadku Wykonawca płaci tylko za jedno poważne zachorowanie.
     4. Wykonawca nie może wymagać minimalnego okresu czasu pomiędzy wystąpieniem dwóch różnych poważnych zachorowań jaki musi upłynąć aby została uznana odpowiedzialność Wykonawcy.
     5. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy co najmniej 36 poważnych zachorowań, m.in.:

1. anemia aplastyczna
2. chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych – by-pass
3. niewydolność nerek
4. nowotwór złośliwy
5. udar
6. zakażenie wirusem HIV
7. zawał serca
8. oparzenia
9. transplantacja organów
10. utrata wzroku
11. choroba Parkinsona
    * 1. Po wystąpieniu danego poważnego zachorowania odpowiedzialność Wykonawcy wygasa w zakresie tego poważnego zachorowania.
      2. Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli poważne zachorowanie powstało:

* w wyniku działań wojennych lub czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych
* w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa
* podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu:
  + jeżeli Ubezpieczony nie posiadał określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego 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
* podczas, gdy Ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a doprowadziło to do oparzenia lub utraty wzroku
* w wyniku samookaleczenia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego
* 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
* w wyniku uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, przez kogo były wykonywane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku
  1. **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego na nowotwór złośliwy**
     1. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli poważne zachorowanie Ubezpieczonego na nowotwór złośliwy nastąpiło w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
     2. Wykonawca nie może odmówić wypłaty świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania powołując się na fakt, iż zajście zdarzenia jako przyczyna poważnego zachorowania miała miejsce przed początkiem odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej w drodze niniejszego postępowania przetargowego.
     3. Wypłacone świadczenie poważnego zachorowania Ubezpieczonego na nowotwór złośliwy jest wartością skumulowaną ze świadczeniem poważnego zachorowania Ubezpieczonego.
  2. **Leczenie specjalistyczne**
     1. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli leczenie specjalistyczne nastąpiło w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
     2. Wykonawca wypłaci 100% świadczenia w przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego leczenia specjalistycznego w zakresie minimum 10 metod specjalistycznego leczenia, w tym. m.in.:
* chemioterapii,
* radioterapii,
* terapii interferonowej,
* wszczepienia kardiowertera/defibrylatora,
* wszczepienia rozrusznika serca,
* ablacji.
  + 1. Po przeprowadzeniu danego leczenia specjalistycznego odpowiedzialność Wykonawcy wygasa w zakresie tego leczenia specjalistycznego.
  1. **Operacje chirurgiczne**
     1. Zakres ubezpieczenia obejmuje wykonanie w okresie odpowiedzialności Wykonawcy operacji chirurgicznych metodą endoskopową, zamkniętą oraz otwartą, które są wymienione w Katalogu Operacji Chirurgicznych Wykonawcy.
     2. Ochrona ubezpieczeniowa działa na terytorium krajów należących do Unii Europejskiej oraz Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Szwajcarii, Watykanu, Wielkiej Brytanii.
     3. Wysokość świadczenia uzależniona będzie od rodzaju (stopnia trudności) operacji, według katalogu operacji obowiązującego u Wykonawcy zgodnie z OWU Wykonawcy.
     4. Liczba kategorii/klas, według których operacje zostaną podzielone i w zależności od których Wykonawca będzie wypłacał świadczenie, będzie zgodna z zasadami przyjętymi w OWU Wykonawcy. Przy czym za operacje najcięższe (najbardziej skomplikowane pod względem medycznym) wypłata świadczenia będzie wynosiła 100% kwoty bazowej określonej w umowie ubezpieczenia, a dla operacji najlżejszych (najmniej skomplikowanych pod względem medycznym) wypłata świadczenia będzie wynosiła 10% kwoty bazowej określonej w umowie ubezpieczenia.
     5. Wykonawca gwarantuje wypłatę świadczenia za maksymalnie trzy operacje chirurgiczne w ciągu roku polisowego.
     6. Wykonawca nie może wymagać minimalnego okresu czasu pomiędzy przeprowadzeniem dwóch różnych operacji chirurgicznych jaki musi upłynąć aby została uznana odpowiedzialność Wykonawcy.
     7. Zamawiający zaakceptuje pozostałe wyłączenia odpowiedzialności zgodnie z OWU Wykonawcy.
  2. **Trwała niezdolność do pracy**
     1. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli trwała niezdolność nastąpiła w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
     2. Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za skutki trwałej niezdolności do pracy, która zaistniała:
* w wyniku działań wojennych lub czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych
* w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa
* podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu jeżeli Ubezpieczony nie posiadał określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu
* podczas, gdy Ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a przyczyniło się to do zaistnienia niezdolności do pracy
* w wyniku samookaleczenia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego
* 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 oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. substancji
  1. **Leczenie w szpitalu w związku z:** chorobą, zawałem serca lub udarem mózgu, doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku w pracy, doznanymi z obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego w pracy.
     1. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli leczenie w szpitalu wystąpiło w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
     2. Ochrona ubezpieczeniowa działa na terytorium krajów należących do Unii Europejskiej oraz Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Szwajcarii, Watykanu, Wielkiej Brytanii.
     3. Świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu będą wypłacane w przypadku hospitalizacji, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwa 2 dni (jedna zmiana daty) dla choroby oraz 2 dni (jedna zmiana daty) dla nieszczęśliwych wypadków.
     4. Wykonawca wypłaci łącznie świadczenia za okres nieprzekraczający 90 dni pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w każdym 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia.
     5. Wykonawca nie może odmówić wypłaty świadczenia z tytułu leczenia w szpitalu powołując się na fakt, iż zajście zdarzenia jako przyczyna leczenia szpitalnego miała miejsce przed początkiem odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej w drodze niniejszego postępowania przetargowego, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu miał miejsce w trakcie trwania umowy ubezpieczenia zawartej w drodze niniejszego postępowania przetargowego.
     6. W odniesieniu do ubezpieczonego objętego przed podpisaniem umowy innym grupowym ubezpieczeniem na życie funkcjonującym u Ubezpieczającego w przypadku pobytu w szpitalu, który rozpoczął się przed datą objęcia ochroną z niniejszej umowy Wykonawca wypłaci świadczenie wyłącznie za okres pobytu w szpitalu przypadający w okresie udzielania ochrony przez Wykonawcę.
     7. Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności z tytułu pobytu w szpitalu, który powstał:
* w wyniku działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub w masowych rozruchach społecznych, katastrof powodujących skażenie promieniotwórcze, chemiczne bądź biologiczne
* w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego znamiona umyślnego przestępstwa
* podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu jeżeli Ubezpieczony nie posiadał określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu
* podczas, gdy Ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a przyczyniło się to do konieczności pobytu w szpitalu
* w wyniku samookaleczenia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego
* 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 oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużyciem ww. substancji.
  + 1. Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności z tytułu pobytu w szpitalach które służą wyłącznie rehabilitacji i rekonwalescencji.
  1. **Świadczenie apteczne**
     1. Prawo do świadczenia przysługuje po przyznaniu Ubezpieczonemu świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego.
     2. Wypłata świadczenia jest ograniczona do trzech wypłat w roku polisowym. Świadczenie realizowane jest w formie karty przedpłaconej lub w formie wypłaty w złotych polskich. Wybór formy realizacji leży w gestii Wykonawcy. Funkcją powyższego świadczenia jest uzyskanie dodatkowych środków finansowych na pokrycie kosztów zakupu leków oraz materiałów opatrunkowych.
  2. **Rekonwalescencja**
     1. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli rekonwalescencja Ubezpieczonego wystąpiła w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
     2. Wykonawca wypłaci świadczenie za rekonwalescencję, która odbyła się bezpośrednio po pobycie w szpitalu (związanym z chorobą lub wypadkiem) i trwała nieprzerwanie maksymalnie 30 dni.
     3. Świadczenie rekonwalescencji przysługuje jeżeli Ubezpieczony jest uprawniony jednocześnie do świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego, trwającego co najmniej 10 dni, na podstawie zwolnienia lekarskiego wydanego przez oddział szpitala, na którym Ubezpieczony przebywał.
     4. Wykonawca w ciągu roku polisowego wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie za 90 dni rekonwalescencji.
     5. Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności w przypadku wyłączeń odpowiedzialności z tytułu leczenia w szpitalu.
  3. **Pobyt na OIOM / OIT**
     1. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli pobyt Ubezpieczonego na OIOM/OIT wystąpił w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
     2. Oddział Intensywnej Opieki Medycznej / Oddział Intensywnej Terapii - wydzielony oddział szpitalny, w którym znajdują się chorzy w stanie zagrożenia życia, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych, (za OIOM uznaje się również OIOK - Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej)
     3. Świadczenie z tytułu pobytu na OIOM / OIT przysługuje jeżeli Ubezpieczony jest uprawniony jednocześnie do świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego.
     4. Z tytułu pobytu na OIOM / OIT Wykonawca wypłaca Ubezpieczonemu jednorazowe świadczenie określone w umowie ubezpieczenia.
     5. Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności w przypadku wyłączeń odpowiedzialności z tytułu leczenia w szpitalu.

1. **DEFINICJE**
   1. **Pracownik Zamawiającego** – osoba fizyczna zatrudniona przez Zamawiającego na podstawie: umowy o pracę, mianowania, wyboru, powołania, umowy cywilnoprawnej, umowy zlecenia, umowy o dzieło – bez względu na czas, etat, część etatu, sposób określenia godzin pracy pracownika na jaki został zatrudniony przez Zamawiającego, w tym również doktorant.
   2. **Nieszczęśliwy wypadek –** nagłe, niezależne od woli Ubezpieczonego i stanu jego zdrowia, zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, będące bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego odpowiedzialnością Wykonawcy. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się choroby, nawet takiej, która ujawniona została przypadkowym i nagłym zdarzeniem wywołanym przyczyną zewnętrzną.

*(dotyczy: wszystkich ubezpieczeń)*

* 1. **Wypadek przy pracy –** nieszczęśliwywypadek, który nastąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego zwykłych czynności albo poleceń przełożonych w ramach stosunku pracy albo stosunku cywilnoprawnego, z tytułu, którego opłacana jest składka na ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych.

*(dotyczy: ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy, ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy, ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie wypadku przy pracy, ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy)*

* 1. **Wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił w związku z 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.

*(dotyczy: ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego, ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy, ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie wypadku komunikacyjnego, ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy)*

* 1. **Trwały uszczerbek na zdrowiu –** zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu będącego następstwem wypadku, któremu Ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności Wykonawcy, powodujące jego trwałą dysfunkcję.

*(dotyczy: ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu)*

* 1. **Udar mózgu –** tylko taki udar, który oznacza nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu, spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych lub zatorem spowodowanym materiałem pochodzenia zewnątrzczaszkowego powodujący wystąpienie następujących okoliczności:
     1. Obecność nowych klinicznych objawów neurologicznych
     2. Utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny
     3. Obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu, w badaniach tomografii komputerowej lub jądrowym rezonansie magnetycznym
     4. Istnienie trwałych ubytków neurologicznych, musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii po upływie co najmniej 60 dni od daty zdarzenia
  2. **Zawał serca –** martwica części mięśnia sercowego spowodowana jego niedokrwieniem, której rozpoznanie potwierdzone musi być stwierdzeniem wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów serowych we krwi, z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99.centyl górnej granicy wartości referencyjnej dla danej metody laboratoryjnej, z jednoczesnym wystąpieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej wykładników klinicznych:
* objawy kliniczne niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej)
* zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego – nowo powstałe lub przypuszczalnie nowe znamienne zmiany odcinka ST – załamka T (ST-T), patologiczne załamki Q
* nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych
* obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionego badaniem angiograficznym lub w autopsji

*(dotyczy: ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu, ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego)*

* 1. **Współmałżonek –** osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w stosunku, do którego nie została, na dzień zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

*(dotyczy: ubezpieczenia na wypadek śmierci Współmałżonka, ubezpieczenia na wypadek śmierci Współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku, ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców lub teściów)*

* 1. **Dziecko:**
     1. Dziecko własne, przysposobione oraz pasierb Ubezpieczonego (jeżeli nie żyje ojciec lub matka), pod warunkiem, że nie ukończyło 25 roku życia lub bez względu na wiek w przypadku całkowitej niezdolności do pracy dziecka.

*(dotyczy: ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka, ubezpieczenia na wypadek osierocenia dziecka)*

* 1. **Pełnoletnie dziecko –** dziecko własne lub przysposobione pracownika, które w dniu przystąpienia do ubezpieczenia miało ukończony 18. rok życia.

*(dotyczy: przystąpienia do ubezpieczenia)*

* 1. **Partner życiowy** – osoba wskazana przez pracownika w deklaracji przystąpienia, nie będąca w związku małżeńskim, pozostająca z pracownikiem – również nie będącym w związku małżeńskim – we wspólnym pożyciu, partner życiowy nie może być spokrewniony z Ubezpieczonym.
  2. **Rodzic –** matka lub ojciec Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a także macocha lub ojczym Ubezpieczonego, o ile nie żyje odpowiednio matka lub ojciec Ubezpieczonego.

*(dotyczy: ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców lub teściów)*

* 1. **Teść –** matka lub ojciec Współmałżonka Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a także macocha lub ojczym Współmałżonka Ubezpieczonego, o ile nie żyje odpowiednio matka lub ojciec Współmałżonka Ubezpieczonego.

*(dotyczy: ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców lub teściów)*

* 1. **Urodzenie się dziecka –** urodzenie się żywego własnego dziecka Ubezpieczonemu, potwierdzone aktem urodzenia albo przysposobienie dziecka przez Ubezpieczonego (całkowite lub pełne).

*(dotyczy: ubezpieczenie na wypadek urodzenia się dziecka)*

* 1. **Urodzenie martwego dziecka –** urodzenie się własnego dziecka Ubezpieczonemu, które zmarło w trakcie porodu lub urodziło się martwe, pod warunkiem, że urodzenie to zostało zarejestrowane.

*(dotyczy: ubezpieczenia na wypadek urodzenia martwego dziecka)*

* 1. **Choroba –** stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego prowadzący do konieczności leczenia szpitalnego.

*(dotyczy: ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą)*

* 1. **Leczenie szpitalne –** leczenie stacjonarne stanów nagłych, w przypadku których odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo utratą życia lub leczenie stanów, w których nie można uzyskać celu leczniczego podczas leczenia ambulatoryjnego.

*(dotyczy: ubezpieczenia leczenie w szpitalu Ubezpieczonego w związku z: chorobą, zawałem serca lub udarem mózgu, doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku w pracy, doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego w pracy)*

* 1. **Szpital –** zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielenia świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego. W rozumieniu postanowień SWZ szpitalem nie jest ośrodek opieki społecznej, ośrodek opieki geriatrycznej, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, uzdrowiskowy, prewentoryjny, szpital sanatoryjny, szpital uzdrowiskowy, ośrodek wypoczynkowy, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy.

*(dotyczy: ubezpieczenia leczenie w szpitalu Ubezpieczonego w związku z: chorobą, zawałem serca lub udarem mózgu, doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku w pracy, doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego w pracy)*

1. **TREŚĆ KLAUZUL DODATKOWYCH**
   1. **Klauzula dodatkowa rozszerzająca poważne zachorowania Ubezpieczonego –** zakres ochrony ubezpieczeniowej na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego zostaje rozszerzony z 36 do 45 jednostek chorobowych.

*(dotyczy: wszystkich wariantów ubezpieczenia)*

* 1. **Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o poważne zachorowania współmałżonka** 
     1. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli poważne zachorowanie nastąpiło w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
     2. Świadczenie dotyczy również poważnego zachorowania partnera życiowego.
     3. W przypadku zajścia zdarzenia Wykonawca wypłaci świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia obowiązującej dla Poważnego zachorowania ubezpieczonego w danym wariancie.
     4. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy co najmniej 22 poważne zachorowania, m.in.:

1. anemia aplastyczna
2. chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych – by-pass
3. niewydolność nerek
4. nowotwór złośliwy
5. udar
6. zakażenie wirusem HIV
7. zawał serca
8. oparzenia
9. transplantacja organów
10. utrata wzroku
11. choroba Parkinsona
    * 1. Pozostałe zapisy zgodnie z zapisami obowiązującymi dla świadczenia poważnego zachorowania ubezpieczonego.

*(dotyczy: wszystkich wariantów ubezpieczenia)*

* 1. **Klauzula dodatkowa skrócenia minimalnego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby –** rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczenia leczenia w szpitalu poprzez skrócenie minimalnego okresu pobytu w szpitalu w wyniku choroby z 2 dni (jedna zmiana daty) na 1 dzień (bez zmiany daty).

*(dotyczy: wszystkich wariantów ubezpieczenia)*

* 1. **Klauzula dodatkowa skrócenia minimalnego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku –** rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczenia leczenia w szpitalu poprzez skrócenie minimalnego okresu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku z 2 dni (jedna zmiana daty) na 1 dzień (bez zmiany daty).

*(dotyczy: wszystkich wariantów ubezpieczenia)*

* 1. **Klauzula dodatkowa skrócenia okresu obowiązywania wyłączenia – samobójstwo –** dla świadczenia Śmierci ubezpieczonego skrócenie okresu obowiązywania wyłączenia z odpowiedzialności dotyczącego samobójstwa ubezpieczonego popełnionego w okresie z 2 lat na 6 miesięcy. Zmiana treści wyłączenia na:
* samobójstwa ubezpieczonego popełnionego w okresie 6 miesięcy od początku odpowiedzialności w stosunku do tego Ubezpieczonego (z zaliczeniem stażu z dotychczasowego ubezpieczenia funkcjonującego u Zamawiającego)
  1. **Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o świadczenie trwałego uszczerbku w wyniku wypadku komunikacyjnego**
     1. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli trwały uszczerbek w wyniku wypadku komunikacyjnego nastąpił w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
     2. Wykonawca wypłaci świadczenie w wysokości 130% wartości 1 % świadczenia trwałego uszczerbku w wyniku nieszczęśliwego wypadku należnego w danym wariancie za każdy 1 % uszczerbku.
  2. **Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o świadczenie trwałego uszczerbku w wyniku wypadku przy pracy**
     1. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli trwały uszczerbek w wyniku wypadku przy pracy nastąpił w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
     2. Wykonawca wypłaci świadczenie w wysokości 130% wartości 1 % świadczenia trwałego uszczerbku w wyniku nieszczęśliwego wypadku należnego w danym wariancie za każdy 1 % uszczerbku.
  3. **Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o śmierć Współmałżonka w następstwie wypadku komunikacyjnego.**
     1. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli śmierć Współmałżonka nastąpiła w okresie odpowiedzialności Wykonawcy w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego oraz jeżeli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią Współmałżonka.
     2. Świadczenie dotyczy również śmierci partnera życiowego w wyniku wypadku komunikacyjnego.
     3. W przypadku zajścia zdarzenia Wykonawca wypłaci świadczenie w wysokości **20 000 zł**.
     4. Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za skutki wypadku komunikacyjnego, który zaistniał:
* w wyniku działań wojennych lub czynnego udziału Współmałżonka w aktach terroru lub w masowych rozruchach społecznych
* w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Współmałżonka czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa
* podczas prowadzenia przez Współmałżonka pojazdu jeżeli Współmałżonek nie posiadał określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu
* podczas gdy Współmałżonek był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a przyczyniło się to do zaistnienia wypadku komunikacyjnego
* w wyniku samookaleczenia, usiłowania popełnienia albo popełnienia samobójstwa przez Współmałżonka

*(dotyczy: wszystkich wariantów ubezpieczenia)*

* 1. **Klauzula dodatkowa zmieniająca definicję dziecka**
     1. Dziecko własne, przysposobione oraz pasierb Ubezpieczonego (jeżeli nie żyje ojciec lub matka) bez względu na wiek.
  2. **Klauzula dodatkowa katalogu operacji chirurgicznych –** Wykonawca zagwarantuje w ramach świadczenia operacji chirurgicznych katalog operacji zawierający minimum 550 operacji. Wypłata za rozszerzony katalog zgodnie ze świadczeniem operacji chirurgicznej 5.21.

*(dotyczy:* *wszystkich wariantów ubezpieczenia)*

* 1. **Klauzula dodatkowa rozszerzająca świadczenie operacji chirurgicznych**
     1. Wykonawca wypłaci dodatkowe świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia za:

- wykonanie operacji w znieczuleniu ogólnym

- wykonanie operacji w związku z zawałem serca albo udarem albo nowotworem złośliwym

- wykonanie operacji w ramach której zostanie pobrany materiał do badania histopatologicznego

* 1. **Klauzula dodatkowa podwyższająca wartość świadczenia karty aptecznej o 100 zł.**
     1. Prawo do świadczenia przysługuje po przyznaniu Ubezpieczonemu świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego.
     2. Obligatoryjna wartość świadczenia określona w OPZ zostaje podwyższona o 100 zł.
     3. Wypłata świadczenia jest ograniczona do trzech wypłat w roku polisowym. Świadczenie realizowane jest w formie karty aptecznej lub w formie wypłaty w złotych polskich. Wybór formy realizacji leży w gestii Wykonawcy. Funkcją powyższego świadczenia jest uzyskanie dodatkowych środków finansowych na pokrycie kosztów zakupu leków oraz materiałów opatrunkowych.

*(dotyczy: wszystkich wariantów ubezpieczenia)*

* 1. **Klauzula dodatkowa Assistance –** rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczenia o assistance, zakres świadczeń zgodny z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczeń Wykonawcy. Assistance to usługi świadczone w przypadku choroby lub wypadku, któremu uległ ubezpieczony. Jest to forma pomocy obejmująca przykładowo dostarczenie leków, transport do i ze szpitala, zakup sprzętu rehabilitacyjnego, organizację procesu rehabilitacyjnego, czy wizytę pielęgniarki w domu.

*(dotyczy: wszystkich wariantów ubezpieczenia)*

* 1. **Klauzula dodatkowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia –** Wykonawca gwarantuje Ubezpieczonym przechodzącym na indywidualną kontynuację określoną w pkt. 4 utrzymanie warunków ubezpieczenia grupowego przez okres 12 miesięcy zgodnie z wariantem w ramach którego byli ubezpieczeni, nie zmniejszając zakresu ubezpieczenia, wysokości świadczeń oraz bez podwyższenia składki miesięcznej. Po okresie 12 miesięcy Ubezpieczeni będą mieli prawo skorzystać z możliwości indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia zgodnie z OWU Wykonawcy na dzień składania oferty.

*(dotyczy: wszystkich wariantów ubezpieczenia)*

* 1. **Klauzula dodatkowa zniżek majątkowych.**
     1. Wykonawca zagwarantuje ubezpieczonym pracownikom możliwość korzystania ze zniżek na ubezpieczenia majątkowe w życiu prywatnym. Fakt skorzystania ze zniżek i zawarcia ubezpieczenia będzie indywidualną decyzją ubezpieczonego pracownika.
     2. Wykonawca akceptujący klauzulę winien przedstawić w ramach oferty zakres ubezpieczeń majątkowych podlegających zniżkom (minimalny zakres musi obejmować ubezpieczenia mieszkania, domu i komunikacyjne) i wysokość oferowanych zniżek.

*(dotyczy: wszystkich wariantów ubezpieczenia)*

* 1. **Klauzula dodatkowa funduszu prewencyjnego.**
     1. *Wykonawca deklaruje przyznanie jednorazowego dofinansowania ze środków funduszu prewencyjnego Wykonawcy w kwocie 25 000 PLN dla Zamawiającego w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia, przy założeniu, że środki te zostaną przeznaczone wyłącznie na działalność mającą na celu zapobieganie powstawaniu lub zmniejszanie skutków wypadków ubezpieczeniowych, a cel prewencyjny zostanie zaakceptowany przez Wykonawcę. Wszystkie czynności, które zostaną podjęte w związku z przyznaniem i przeznaczeniem środków zrealizowane zostaną w oparciu o uregulowania wewnętrzne Wykonawcy obowiązujące w dniu podpisania umowy prewencyjnej.*

*(dotyczy: wszystkich wariantów ubezpieczenia)*

1. ***PAKIETY DODATKOWE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES UBEZPIECZENIA (fakultatywne)***
   1. Pakiety dodatkowe mają na celu rozszerzenie zakresu ubezpieczenia dla zainteresowanych ubezpieczonych jako dobrowolne rozszerzenie ochrony za opłatą dodatkowej składki miesięcznej za każdy z pakietów.
   2. Do pakietów dodatkowych będą mieli prawo przystąpić pracownicy Ubezpieczającego, ich współmałżonkowie, partnerzy życiowi oraz pełnoletnie dzieci zgodnie z OWU Wykonawcy.
   3. Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o pakiet dodatkowy nastąpi na podstawie deklaracji ubezpieczonego.
   4. Dodatkowa składka za pakiet dodatkowy będzie potrącana z wynagrodzenia pracownika oraz rozliczana z Wykonawcą zgodnie z punktem 1.3. Opisu Przedmiotu Zamówienia.
   5. Rodzaje pakietów dodatkowych:
      1. **Pakiet dodatkowy „Onkologiczny”**, zawierający w zakresie minimum:
         1. dodatkową wypłatę świadczenia w związku ze zdiagnozowaniem u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego
         2. dodatkową wypłatę świadczenia w związku ze zdiagnozowaniem u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego we wczesnym stadium
         3. dodatkową wypłatę świadczenia w związku z leczeniem specjalistycznym choroby nowotworowej

W przypadku przystąpienia ubezpieczonego do pakietu dodatkowego „onkologicznego” Wykonawca może zażądać oświadczenia o stanie zdrowia w zakresie chorób nowotworowych.

* + 1. **Pakiet dodatkowy „na życie”**, składający się z dwóch wariantów, zawierający minimum:
       1. dodatkową wypłatę świadczenia w związku ze śmiercią naturalną ubezpieczonego
    2. **Pakiet dodatkowy „dziecko”**, zawierający minimum:
       1. dodatkową wypłatę świadczenia w związku ze śmiercią dziecka ubezpieczonego
       2. dodatkową wypłatę świadczenia w związku z poważnym zachorowaniem dziecka ubezpieczonego
       3. dodatkową wypłatę świadczenia w związku z trwałym uszczerbkiem dziecka ubezpieczonego spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem
    3. **Pakiet dodatkowy „trwały uszczerbek”**, zawierający minimum:
       1. dodatkową wypłatę świadczenia w związku z trwałym uszczerbkiem na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku
       2. Wypłata świadczenie nie może być ograniczona do nieszczęśliwych wypadków powiązanych bezpośrednio z wykonywaniem konkretnych czynności, m.in. uprawiania sportu.

**ZADANIE II – GRUPOWE UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE**

1. **ZAŁOŻENIA UBEZPIECZENIA**
   1. **Przystąpienie do ubezpieczenia**
      1. Do ubezpieczenia będą mieli prawo przystąpić pracownicy Ubezpieczającego, którzy w dniu składania deklaracji ukończyli 18 rok życia i nie ukończyli 69 roku życia.
      2. Do ubezpieczenia będą mieli prawo przystąpić również współmałżonkowie, partnerzy życiowi pracowników, którzy w dniu składania deklaracji ukończyli 18 rok życia i nie ukończyli 69 roku życia.
      3. Do ubezpieczenia będą miały prawo przystąpić również dzieci pracowników, które w dniu składania deklaracji **nie** ukończyły 18 roku życia lub 25 roku życia jeżeli kontynuują naukę.
      4. Współmałżonkowie, partnerzy życiowi oraz dzieci mogą przystąpić do ubezpieczenia pod warunkiem uczestnictwa pracownika, który będzie finansował składki za własne ubezpieczenie oraz za ubezpieczenie współmałżonka, partnera życiowego lub dziecka.
      5. Odpowiedzialność Wykonawcy w stosunku do Ubezpieczonego pracownika w pełnym zakresie ubezpieczenia kończy się w dniu rocznicy polisy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym wiek ubezpieczonego wynosi 70 lat.
      6. Odpowiedzialność Wykonawcy w stosunku do Ubezpieczonego współmałżonka, partnera życiowego w pełnym zakresie ubezpieczenia kończy się w dniu rocznicy polisy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym wiek ubezpieczonego wynosi 70 lat.
      7. Odpowiedzialność Wykonawcy w stosunku do Ubezpieczonego dziecka kończy się w dniu ukończenia 18 roku życia lub 25 roku życia jeżeli kontynuuje naukę.
      8. W stosunku do pracowników, współmałżonków, partnerów życiowych oraz dzieci zgłaszanych do ubezpieczenia nie będzie dokonywana żadna medyczna ocena ryzyka. Wykonawca nie będzie żądał od osoby zgłaszanej do ubezpieczenia przedstawienia informacji na temat stanu jej zdrowia, co oznacza, że udzielenie ochrony ubezpieczeniowej nie będzie zależeć od udzielenia, odmowy lub podania nieprawdziwych informacji na temat stanu zdrowia danej osoby.
      9. Ubezpieczony pracownik, jego współmałżonek, partner życiowy oraz dziecko może dokonać zmiany wybranego wariantu ubezpieczenia w każdą rocznicę polisy.
      10. Wykonawca powinien przygotować ofertę przy założeniu minimalnej partycypacji na poziomie nie wyższym niż 20% zatrudnionych pracowników.
   2. **Warianty ubezpieczenia**
      1. Ubezpieczeni pracownicy będą mieli możliwość przystąpienia do jednego z czterech wariantów ubezpieczenia zdrowotnego.
      2. Ubezpieczeni pracownicy będą mieli możliwość objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym swoich współmałżonków, partnerów życiowych oraz dzieci w pakietach:
         1. Pakiet partnerski: obejmujący pracownika oraz jednego dodatkowego ubezpieczonego: współmałżonka/partnera życiowego lub dziecko pracownika
         2. Pakiet rodzinny: obejmujący pracownika oraz współmałżonka/partnera życiowego oraz dzieci pracownika, niezależnie od liczby
      3. Zakres ubezpieczenia dla współmałżonka, partnera życiowego oraz dzieci w ramach pakietów partnerskiego oraz rodzinnego obejmują te same warunki co dla pracownika.
   3. **Składka za ubezpieczenie**
      1. Składka za ubezpieczenie będzie płatna miesięcznie przez cały okres realizacji zamówienia do 15 dnia okresu, za który jest należna. Składka będzie płacona przelewem na konto bankowe Wykonawcy z podaniem w tytule przelewu numeru polisy, zgodnie z wariantem ubezpieczenia. Ubezpieczający będzie płatnikiem składki finansowanej ze środków potrąconych z wynagrodzeń ubezpieczonych pracowników. Pracownik będzie również finansował ze swojego wynagrodzenia składkę za ubezpieczenia współmałżonka, partnera życiowego lub pełnoletniego dziecka.
      2. Nieopłacenie składki za wszystkich ubezpieczonych lub za pojedynczego ubezpieczonego w wyznaczonym terminie, nie powoduje wygaśnięcia umowy ani zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej oraz nie skutkuje rozwiązaniem umowy, pod warunkiem, że składka za ubezpieczenie grupowe zostanie przekazana do końca miesiąca za który jest należna. W przypadku braku składki do końca miesiąca, odpowiedzialność na polisie zostaje zawieszona, a 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.
      3. Wysokość składki za ubezpieczenie przez cały okres realizacji zamówienia będzie niezmienna.
   4. **Obsługa programu ubezpieczenia**
      1. Ubezpieczający przekazuje Wykonawcy, w formie określonej w ogólnych warunkach ubezpieczenia listę osób przystępujących do ubezpieczenia wraz z deklaracjami uczestnictwa tych osób przed miesiącem w którym ma być udzielona ochrona ubezpieczeniowa.
      2. Wykonawca zapewni system informatyczny do obsługi ubezpieczenia. Wymagany zakres funkcji systemu informatycznego będzie w szczególności obejmować:

* prowadzenie ewidencji osób objętych programem ubezpieczenia,
* ewidencjonowanie osób przystępujących do programu ubezpieczenia,
* ewidencjonowanie osób występujących z programu ubezpieczenia,
* generowanie raportów aktualnie ubezpieczonych, a także osób ubezpieczonych w poszczególnych miesiącach ochrony od rozpoczęcia ubezpieczenia (raport musi zawierać: numer polisy/numer umowy, imię i nazwisko ubezpieczonego, numer PESEL ubezpieczonego, numer PESEL płatnika składki, datę początku ochrony ubezpieczeniowej, datę końca ochrony ubezpieczeniowej, kwotę składki miesięcznej),
* możliwość modyfikacji/aktualizacji danych ubezpieczonego,
* rozliczanie miesięcznych składek.
  + 1. Wykonawca zapewni system informatyczny/portal za pomocą którego ubezpieczeni będę mieli możliwość umawiania świadczeń zdrowotnych.
    2. Wykonawca zobowiązany jest do wyznaczenia (na dzień składania oferty) Punktu Obsługi Klienta w miejscowości, w której siedzibę ma Zamawiający.
    3. Wykonawca wskaże Opiekuna Kontraktu dostępnego w miejscowości, w której siedzibę ma Zamawiający.
    4. Wykonawca zapewni system informatyczny o którym mowa powyżej w ppkt. 1.4.2. oraz 1.4.3. na uruchomienie programu ubezpieczenia. Wykonawca bezpłatne przeszkoli personel obsługowy przedstawiając dostępne funkcje.
    5. Wszelkie czynności związane z obsługą programu ubezpieczenia będą dokonywane drogą elektroniczną, za wyjątkiem przekazania oryginałów deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, które zostaną przekazane bezpośrednio do Wykonawcy przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej.
    6. Wykonawca zobowiązuje się przy kalkulowaniu oferty uwzględnić comiesięczną prowizję na pokrycie kosztów czynności administracyjnych związanych z obsługą umowy oraz kurtażu brokerskiego w łącznej wysokości stanowiącej 15% płaconej składki za każdy miesiąc trwania umowy i realizacji zamówienia.

1. **Realizacja świadczeń**
   1. Ubezpieczeni będą mieli dostęp do placówek medycznych na terenie RP, niezależnie od miejsca zamieszkania. Na terenie Poznania musi być zabezpieczona możliwość korzystania z minimum 2 placówek medycznych.
   2. Wykonawca przedstawi do oferty wykaz placówek dostępnych na terenie RP.
   3. Wykonawca zapewni w umowie terminy realizacji wizyt medycznych:
      1. Czas oczekiwania na wizytę u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej: 3 dni robocze od momentu przyjęcia zgłoszenia
      2. Czas oczekiwana na wizytę u lekarza specjalisty: 7 dni roboczych od momentu przyjęcia zgłoszenia
   4. Gwarantowany termin realizacji wizyty medycznej nie może przekroczyć 30 dni, w przypadku braku możliwości spełnienia tego terminu w zasięgu 50 km od miejsca przebywania ubezpieczonego Wykonawca pokryje 100% kosztu zrealizowanej wizyty poza placówkami Wykonawcy.
   5. Powyższe maksymalne terminy realizacji wizyt medycznych nie dotyczą sytuacji w których ubezpieczony wskaże z imienia i nazwiska konkretnego lekarza do którego ma zostać umówiona wizyta medyczna.
2. **Minimalny wymagany zakres ubezpieczenia**
   1. **Wariant I**
      1. Dostęp do infolinii medycznej za pośrednictwem której ubezpieczeni mogą rezerwować wizyty lekarskie i inne świadczenia medyczne.
      2. Wizyty u lekarzy specjalistów: nielimitowany dostęp bezpłatnie do:
         1. Alergologa,
         2. Chirurga ogólnego,
         3. Dermatologa,
         4. Diabetologa,
         5. Endokrynologa,
         6. Gastrologa,
         7. Ginekologa,
         8. Kardiologa,
         9. Nefrologa,
         10. Neurologa,
         11. Okulisty,
         12. Ortopedy,
         13. Reumatologa,
         14. Urologa,
         15. Otolaryngologa,
         16. Pulmonologa.
      3. Badania diagnostyczne: nielimitowany dostęp bezpłatnie, minimum 20 badań, m.in.:
         1. Badania biochemiczne
         2. Badania serologiczne i immunologiczne
         3. Badania bakteriologiczne
         4. Badanie moczu
         5. Cytologia wymazu z szyjki macicy
         6. Badania czynnościowe
         7. Diagnostyka ultrasonograficzna
      4. Zabiegi ambulatoryjne: nielimitowany dostęp bezpłatnie, minimum 25 zabiegów, m.in.:
         1. Zabiegi pielęgniarskie
         2. Zabiegi ogólnolekarskie
         3. Zabiegi alergologiczne (bez kosztu podawanych leków)
         4. Zabiegi chirurgiczne
         5. Zabiegi ginekologiczne
         6. Zabiegi okulistyczne
         7. Zabiegi ortopedyczne (bez kosztu stabilizatorów i gipsu)
         8. Zabiegi otolaryngologiczne
         9. Zabiegi urologiczne
   2. **Wariant II**
      1. Dostęp do infolinii medycznej za pośrednictwem której ubezpieczeni mogą rezerwować wizyty lekarskie i inne świadczenia medyczne
      2. Wizyty u lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (internista, lekarz rodzinny pediatra): nielimitowany dostęp bezpłatnie.
      3. Wizyty u lekarzy specjalistów: nielimitowany dostęp bezpłatnie do:
         1. Alergologa,
         2. Chirurga ogólnego,
         3. Dermatologa,
         4. Diabetologa,
         5. Endokrynologa,
         6. Gastrologa,
         7. Ginekologa,
         8. Kardiologa,
         9. Nefrologa,
         10. Neurologa,
         11. Okulisty,
         12. Ortopedy,
         13. Reumatologa,
         14. Urologa,
         15. Otolaryngologa,
         16. Pulmonologa,
         17. Hepatolog,
         18. Anestezjolog,
         19. Audiolog,
         20. Chirurg onkolog,
         21. Hematolog,
         22. Onkolog,
      4. Badania diagnostyczne: nielimitowany dostęp bezpłatnie, minimum 120 badań, m.in.:
         1. Badania hematologiczne i układu krzepnięcia
         2. Badania biochemiczne
         3. Badania serologiczne i immunologiczne
         4. Badania hormonalne
         5. Badania bakteriologiczne
         6. Badanie moczu i kału
         7. Cytologia wymazu z szyjki macicy
         8. Badania czynnościowe
         9. Diagnostyka radiologiczna
         10. Diagnostyka ultrasonograficzna
      5. Zabiegi ambulatoryjne: nielimitowany dostęp bezpłatnie, minimum 25 zabiegów, m.in.:
         1. Zabiegi pielęgniarskie
         2. Zabiegi ogólnolekarskie
         3. Zabiegi alergologiczne (bez kosztu podawanych leków)
         4. Zabiegi chirurgiczne
         5. Zabiegi ginekologiczne
         6. Zabiegi okulistyczne
         7. Zabiegi ortopedyczne (bez kosztu stabilizatorów i gipsu)
         8. Zabiegi otolaryngologiczne
         9. Zabiegi urologiczne
      6. Szczepienia ochronne przeciwko grypie sezonowej. Raz w roku bezpłatnie, w zakresie konsultacja kwalifikująca do szczepienia, iniekcja oraz koszt preparatu.
      7. Wizyta lekarska: dwie wizyty w roku bezpłatnie. Porada lekarska internisty lub lekarza rodzinnego lub pediatry udzielana całodobowo w domu ubezpieczonego, w sytuacji uniemożliwiającej przybycie do placówki medycznej ze względu na stan zdrowia.
   3. **Wariant III**
      1. Dostęp do infolinii medycznej za pośrednictwem której ubezpieczeni mogą rezerwować wizyty lekarskie i inne świadczenia medyczne
      2. Wizyty u lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (internista, lekarz rodzinny pediatra): nielimitowany dostęp bezpłatnie.
      3. Wizyty u lekarzy specjalistów: nielimitowany dostęp bezpłatnie do:
         1. Alergologa,
         2. Chirurga ogólnego,
         3. Dermatologa,
         4. Diabetologa,
         5. Endokrynologa,
         6. Gastrologa,
         7. Ginekologa,
         8. Kardiologa,
         9. Nefrologa,
         10. Neurologa,
         11. Okulisty,
         12. Ortopedy,
         13. Reumatologa,
         14. Urologa,
         15. Otolaryngologa,
         16. Pulmonologa,
         17. Hepatologa,
         18. Anestezjologa,
         19. Audiologa,
         20. Chirurga onkologa,
         21. Hematologa,
         22. Onkologa,
         23. Lekarza chorób zakaźnych,
         24. Neurochirurga,
         25. Radiologa,
         26. Wenerologa.
      4. Badania diagnostyczne: nielimitowany dostęp bezpłatnie, minimum 250 badań, m.in.:
         1. Badania hematologiczne i układu krzepnięcia
         2. Badania biochemiczne
         3. Badania serologiczne i immunologiczne
         4. Badania hormonalne
         5. Badania immunologiczne
         6. Badania wirusologiczne
         7. Badania bakteriologiczne
         8. Badanie moczu i kału
         9. Cytologia wymazu z szyjki macicy
         10. Badania czynnościowe
         11. Diagnostyka ultrasonograficzna
         12. Diagnostyka radiologiczna
         13. Diagnostyka obrazowa TK i NMR
         14. Diagnostyka endoskopowa
      5. Zabiegi ambulatoryjne: nielimitowany dostęp bezpłatnie, minimum 25 zabiegów, m.in.:
         1. Zabiegi pielęgniarskie
         2. Zabiegi ogólnolekarskie
         3. Zabiegi alergologiczne (bez kosztu podawanych leków)
         4. Zabiegi chirurgiczne
         5. Zabiegi ginekologiczne
         6. Zabiegi okulistyczne
         7. Zabiegi ortopedyczne (bez kosztu stabilizatorów i gipsu)
         8. Zabiegi otolaryngologiczne
         9. Zabiegi urologiczne
      6. Szczepienia ochronne przeciwko grypie sezonowej. Raz w roku bezpłatnie, w zakresie konsultacja kwalifikująca do szczepienia, iniekcja oraz koszt preparatu.
      7. Wizyta lekarska: dwie wizyty w roku bezpłatnie. Porada lekarska internisty lub lekarza rodzinnego lub pediatry udzielana całodobowo w domu ubezpieczonego, w sytuacji uniemożliwiającej przybycie do placówki medycznej ze względu na stan zdrowia.
   4. **Wariant IV**
      1. Dostęp do infolinii medycznej za pośrednictwem której ubezpieczeni mogą rezerwować wizyty lekarskie i inne świadczenia medyczne
      2. Wizyty u lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (internista, lekarz rodzinny pediatra): nielimitowany dostęp bezpłatnie.
      3. Wizyty u lekarzy specjalistów: nielimitowany dostęp bezpłatnie do:
         1. Alergologa,
         2. Chirurga ogólnego,
         3. Dermatologa,
         4. Diabetologa,
         5. Endokrynologa,
         6. Gastrologa,
         7. Ginekologa,
         8. Kardiologa,
         9. Nefrologa,
         10. Neurologa,
         11. Okulisty,
         12. Ortopedy,
         13. Reumatologa,
         14. Urologa,
         15. Otolaryngologa,
         16. Pulmonologa,
         17. Hepatologa,
         18. Anestezjologa,
         19. Audiologa,
         20. Chirurga onkologa,
         21. Hematologa,
         22. Onkologa,
         23. Lekarza chorób zakaźnych,
         24. Neurochirurga,
         25. Radiologa,
         26. Wenerologa,
         27. Chirurga naczyniowego,
         28. Lekarza specjalisty rehabilitacji,
         29. Proktologa,
         30. Traumatologa.
      4. Wizyty u lekarzy specjalistów: bezpłatny dostęp do 4 wizyt w roku:
         1. Psychiatra,
         2. Psycholog.
      5. Badania diagnostyczne: nielimitowany dostęp bezpłatnie, minimum 330 badań, m.in.:
         1. Badania hematologiczne i układu krzepnięcia
         2. Badania biochemiczne
         3. Badania serologiczne i immunologiczne
         4. Badania hormonalne
         5. Badania immunologiczne
         6. Badania wirusologiczne
         7. Badania bakteriologiczne
         8. Badanie moczu i kału
         9. Cytologia wymazu z szyjki macicy
         10. Markery nowotworowe,
         11. Badania czynnościowe
         12. Diagnostyka ultrasonograficzna
         13. Diagnostyka radiologiczna
         14. Diagnostyka obrazowa TK i NMR
         15. Diagnostyka endoskopowa
      6. Zabiegi ambulatoryjne: nielimitowany dostęp bezpłatnie, minimum 25 zabiegów, m.in.:
         1. Zabiegi pielęgniarskie
         2. Zabiegi ogólnolekarskie
         3. Zabiegi alergologiczne (bez kosztu podawanych leków)
         4. Zabiegi chirurgiczne
         5. Zabiegi ginekologiczne
         6. Zabiegi okulistyczne
         7. Zabiegi ortopedyczne (bez kosztu stabilizatorów i gipsu)
         8. Zabiegi otolaryngologiczne
         9. Zabiegi urologiczne
      7. Rehabilitacja ambulatoryjna: bezpłatny dostęp do 30 zabiegów w roku:
         1. Zabiegi kinezoterapii
         2. Zabiegi fizykoterapii
      8. Szczepienia ochronne przeciwko grypie sezonowej. Raz w roku bezpłatnie, w zakresie konsultacja kwalifikująca do szczepienia, iniekcja oraz koszt preparatu.
      9. Wizyta lekarska: cztery wizyty w roku bezpłatnie. Porada lekarska internisty lub lekarza rodzinnego lub pediatry udzielana całodobowo w domu ubezpieczonego, w sytuacji uniemożliwiającej przybycie do placówki medycznej ze względu na stan zdrowia.
3. TREŚĆ KLAUZUL DODATKOWYCH
   1. **Klauzula rozszerzająca wiek przystąpienia (bez względu na wiek) –** Wykonawca przyjmie do ubezpieczenia pracowników Zamawiającego, ich współmałżonków oraz partnerów życiowych bez względu na ich wiek. Ubezpieczeni pozostaną w programie do końca trwania umowy ubezpieczenia, pod warunkiem, że pozostają pracownikami Zamawiającego lub jego małżonkami, partnerami życiowymi.
   2. **Klauzula dodatkowa rehabilitacji dla Wariantu III** – Wykonawca rozszerzy zakres wariantu III o możliwość skorzystania przez Ubezpieczonych z rehabilitacji ambulatoryjnej, m.in. zabiegów kinezoterapii oraz zabiegów fizykoterapii. 10 zabiegów w roku bezpłatnie.
   3. **Klauzula dodatkowa wizyt lekarskich dla Wariantu I** – Wykonawca rozszerzy zakres wariantu I o możliwość skorzystania przez Ubezpieczonych z wizyt lekarskich: dwie wizyty w roku bezpłatnie. Porada lekarska internisty lub lekarza rodzinnego lub pediatry udzielana całodobowo w domu ubezpieczonego, w sytuacji uniemożliwiającej przybycie do placówki medycznej ze względu na stan zdrowia.
   4. **Klauzula dodatkowa badań diagnostycznych dla Wariantu I** – Wykonawca rozszerzy zakres wariantu I o możliwość wykonania w ramach dostępnych bezpłatnie oraz bez limitu badań diagnostyki radiologicznej (minimum 15 badań, m.in. RTG czaszki, RTG tkanek miękkich klatki piersiowej, RTG kręgosłupa, RTG kończyny górnej, RTG kończyny dolnej).
   5. **Klauzula dodatkowa badań diagnostycznych dla Wariantu II** – Wykonawca rozszerzy zakres wariantu II o możliwość wykonania w ramach dostępnych bezpłatnie oraz bez limitu badań diagnostyki obrazowej TK i NMR (minimum 5 badań, m.in. TK i NMR głowy, TK i NMR klatki piersiowej, TK i NMR kręgosłupa, TK i NMR kończyny górnej i dolnej).
   6. **Klauzula dodatkowa kosztu kontrastu do TK i NMR** – Wykonawca rozszerzy zakres ubezpieczenia o pokrycie kosztów kontrastu do zaleconych badań TK i NMR objętych zakresem ubezpieczenia.