



SZCZEGÓŁOWE WARUNKI ZAMÓWIENIA

I. Podstawowe dane:

Stan na miesiąc marzec 2024 r.	Liczba
Pracownicy ogółem	1 221
Struktura zawodowo-wiekowa pracowników	Załącznik nr 2 do SWZ
Pracownicy posiadający ochronę ubezpieczeniową w ramach ubezpieczeń grupowych (powyżej 68. roku życia)	917 (3)
Członkowie rodzin posiadający ochronę ubezpieczeniową w ramach ubezpieczeń grupowych na prawach pracownika (powyżej 68. roku życia)	280 (1)

II. Przedmiot ubezpieczenia:

- Wykonawca akceptuje niezmiennosc swojej oferty niezależnie od liczby osób przystępujących do ubezpieczenia i znosi minimalny limit ilościowy grupy ubezpieczonych.
- Uprawnieni do ubezpieczenia** – do ubezpieczenia będą mieli prawo przystąpić pracownicy Zamawiającego oraz członkowie ich rodzin, którzy w dniu składania deklaracji przystąpienia ukończyli 18. rok życia i nie ukończyli 69. roku życia.
Do ubezpieczenia będą mogli przystąpić osoby, będące pracownikiem Zamawiającego oraz członkiem rodzin pracownika Zamawiającego, które przekroczyły wiek 69 lat pod warunkiem, że były objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia grupowego funkcjonującego u Zamawiającego bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia z Wykonawcą.
Prawo przystąpienia do ubezpieczenia przysługuje również pracownikom i członkom rodzin pracowników, którzy byli objęci ubezpieczeniem grupowym funkcjonującym u Zamawiającego, a którzy w dacie podpisania deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia przebywali na urlopie bezpłatnym, urlopie macierzyńskim, urlopie wychowawczym, zwolnieniu lekarskim, w szpitalu lub mają orzeczoną trwałą niezdolność do pracy/służby przez właściwy organ rentowy.
Wymaga się zapewnienia pełnej ochrony przez cały okres umowy ubezpieczenia zawartej w wyniku postępowania.
Prawo do przystąpienia do ubezpieczenia przysługuje również dotychczas ubezpieczonym pracownikom Zamawiającego oraz członkom ich rodzin, którzy w dniu



składania deklaracji przystąpienia nie mogą pisać i złożyć oświadczenia w formie pisemnej. W takim przypadku zgodnie z art. 79 Kodeksu cywilnego mogą oni złożyć oświadczenie o przystąpieniu do ubezpieczenia składając na deklaracji tuszowy odcisk palca.

Osoba upoważniona przez składającego odcisk (wystarczające upoważnienie w formie ustnej) obok odcisku palca:

- wpisuje imię i nazwisko autora odcisku
- wpisuje sformułowanie „upoważniony” i podaje swoje imię i nazwisko oraz składa odręczny podpis.

albo w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się osoba przez niego upoważniona, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza, wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby niemogącej pisać.

3. Wykonawca uzna swoją odpowiedzialność za skutki stanów chorobowych oraz wypadków, które zostały stwierdzone/zaszły przed początkiem odpowiedzialności Wykonawcy, a których skutki ujawniły się po rozpoczęciu odpowiedzialności Wykonawcy pod warunkiem, że Pracownik lub członek rodziny był ubezpieczony w ramach ubezpieczenia grupowego bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia – **zniesienie pre-existingu**. Zniesienie pre-existingu dotyczy wszystkich dotychczasowych ryzyk obowiązujących u Zamawiającego.
4. **Pracownik** – to osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, lub innej umowy cywilnoprawnej w szczególności umowy – zlecenia, umowy o dzieło, której przedmiotem jest świadczenie pracy na rzecz Zamawiającego.
5. **Członek rodziny:**
 - **małżonek** – osoba pozostająca z ubezpieczonym w związku małżeńskim, w stosunku do której nie orzeczono separacji zgodnie z obowiązującymi przepisami, a jeżeli Ubezpieczony nie ma małżonka:
 - **partner życiowy** – definicja zgodnie z OWU Wykonawcy na dzień składania ofert.
 - **pełnoletnie dziecko ubezpieczonego**.
6. **Program ubezpieczenia** – Zamawiający zastrzega, iż u Zamawiającego będą funkcjonować jednocześnie *dwie Grupy* ubezpieczenia (podstawowy program ubezpieczenia) oraz w przypadku przyjęcia przez Wykonawcę klauzuli fakultatywnej nr 11 – dodatkowy zakres ubezpieczenia (dodatkowa ochrona ubezpieczeniowa). Podstawowy zakres ubezpieczenia – sumy ubezpieczenia i wysokość świadczeń dla ubezpieczonych w danej *Grupie* Zamawiający określa w Tabeli świadczeń rozdz. III niniejszego Załącznika. Wytyczne dotyczące dodatkowej ochrony ubezpieczeniowej zawierają zapisy klauzuli nr 11 rozdz. V niniejszego załącznika. O wyborze Grupy decydują osoby do niej przystępujące.
7. Prawo przystąpienia do ubezpieczenia na warunkach zaproponowanych przez Wykonawcę dla pracowników winni mieć członkowie rodziny przystępującego do



ubezpieczenia pracownika. Członkowie rodziny pracownika mają prawo wyboru dowolnej *Grupy* ubezpieczenia, niezależnie od *Grupy* do której przystąpi pracownik Zamawiającego. Składka ubezpieczeniowa za członków rodziny pracownika będzie opłacana z wynagrodzenia netto pracownika. Składka łączna będzie przekazywana przez Zamawiającego na wskazane przez Wykonawcę konto bankowe.

8. Przyjmuje się, że w stosunku do zakresu ubezpieczenia i definicji poszczególnych ryzyk mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia Towarzystw Ubezpieczeniowych biorących udział w postępowaniu. Wyjątek od tej zasady stanowi nadrzędność zapisów SWZ.

Zamawiający akceptuje odmienną treść definicji, o ile nie zawęży ona zakresu ochrony i uprawnień ubezpieczonych w stosunku do założeń SWZ.

9. **Karencje dla Pracowników:**

- w stosunku do osób będących Pracownikami w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, które przystąpią do ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, wymaga się zniesienia okresów karencji w pełnym zakresie oferty;
- karencji nie stosuje się również w stosunku do osób zatrudnionych w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, które przystąpią do ubezpieczenia grupowego w okresie 3 miesięcy od daty zatrudnienia;
- w pozostałych przypadkach zastosowanie mają zapisy OWU dotyczące okresów karencji, z wyłączeniem ryzyk związanych z następstwami nieszczęśliwych wypadków (obowiązuje pełne zniesienie karencji na zdarzenia będące następstwem NW).

10. **Karencje dla członków rodzin Pracowników:**

- Zamawiający wymaga, aby w stosunku do członków rodzin pracownika, którzy przystąpią do ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, nie miały zastosowania okresy karencji w pełnym zakresie oferty.
- Karencje nie będą miały zastosowania również w stosunku do członków rodziny, które przystąpią do ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia w okresie 3 miesięcy od daty zatrudnienia pracownika, od daty zawarcia związku małżeńskiego oraz ukończenia przez dziecko 18-go roku życia;
- w pozostałych przypadkach zastosowanie mają zapisy OWU dotyczące okresów karencji, z wyłączeniem ryzyk związanych z następstwami nieszczęśliwych wypadków (obowiązuje pełne zniesienie karencji na zdarzenia będące następstwem NW).
- **dopuszcza się zastosowanie okresów karencji w stosunku do partnerów życiowych pracowników nieobjętych ubezpieczeniem grupowym w ramach umów zawartych przez Zamawiającego, zgodnie z obowiązującymi w dniu składania oferty OWU Wykonawcy.**



11. **Indywidualna kontynuacja** – Zamawiający wymaga zagwarantowania 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. Natomiast w przypadku ustania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Zamawiającym z powodu reorganizacji lub likwidacji bez względu na okres przekazywania. Do tego okresu zaliczany będzie również staż u poprzedniego Wykonawcy – pod warunkiem, że została zachowana ciągłość ubezpieczenia.
12. **Leczenie szpitalne** – zgodnie z OWU Wykonawcy, ale w znaczeniu nie węższym jak: świadczenie wypłacane w przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu trwającego nieprzerwanie 2 dni jeżeli jest spowodowany chorobą i od 1. dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (świadczenie należne za każdy dzień pobytu w szpitalu); świadczenie wypłacane za co najmniej 180 dni w każdym okresie kolejnych 12 miesięcy udzielonej ochrony ubezpieczeniowej. Wymaga się, aby podwyższona kwota dziennego świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym, nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy, nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym przy pracy, zawałem serca lub udarem mózgu należna była za minimum 14 dni pobytu w szpitalu.
W przypadku expiracji umów ubezpieczenia i zmianą Wykonawcy, do ustalenia odpowiedzialności Wykonawca zaliczy okres pobytu w szpitalu przed początkiem nowej ochrony zawartej w wyniku postępowania.
Wykonawca obejmie swoją odpowiedzialnością również pobyt w szpitalu spowodowany leczeniem dyskopatii, wad wrodzonych, badań diagnostycznych, zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, chorób zwyrodnieniowych stawów, reumatoidalnego zapalenia stawów oraz chorób stawu kolanowego.
13. **Operacje chirurgiczne** – Wykonawca ponosi odpowiedzialność za operacje chirurgiczne wykonywane metodą endoskopową, zamkniętą oraz otwartą wymienione w katalogu operacji chirurgicznych (prosimy o załączenie w ofercie katalogu operacji chirurgicznych), wykonane w placówce medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przez lekarza o specjalności zabiegowej, w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, niezbędnym z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu, w czasie trwania odpowiedzialności w stosunku do danego ubezpieczonego. **Liczba kategorii/klas, operacji, zgodna z obowiązującymi w dniu składania oferty OWU Wykonawcy, z zastrzeżeniem iż za operacje najłżejsze (najmniej skomplikowane pod względem medycznym) wypłata świadczenia będzie wynosić nie mniej niż 10% sumy**



ubezpieczenia. Wykaz operacji powinien zawierać minimum 520 operacji (dopuszcza się zastosowanie w ubezpieczeniu na wypadek operacji chirurgicznych zastosowanie otwartego katalogu operacji zgodnego z Międzynarodową Klasyfikacją Procedur Medycznych ICD9).

Świadczenie z tytułu operacji chirurgicznych należne jest za sam fakt przeprowadzenia operacji, bez względu czy operacja jest wynikiem wcześniej podjętego leczenia lub zdiagnozowanego zachorowania czy nieszczęśliwego wypadku.

14. **Leczenie specjalistyczne** – Wykonawca wypłaci ubezpieczonemu świadczenie w określonej w tabeli świadczeń kwocie w przypadku przeprowadzenia u ubezpieczonego leczenia specjalistycznego, tj. chemioterapii, radioterapii lub promieniowania jonizującego, terapii interferonowej, wszczepienia kardiowertera (defibrylatora), wszczepienia rozrusznika serca, wykonania ablacji, radioterapia metodą Gamma Knife lub Cyber Knife, dializoterapia, terapia radiojodem nienowotworowych chorób tarczycy, wszczepienie stymulatora resynchronizującego.

Świadczenie z tytułu leczenia specjalistycznego należne jest za sam fakt zastosowania leczenia w okresie odpowiedzialności Wykonawcy, bez względu czy jest wynikiem wcześniej podjętego leczenia szpitalnego, zdiagnozowanego zachorowania czy nieszczęśliwego wypadku.

W przypadku konieczności przeprowadzenia u ubezpieczonego więcej niż jednego specjalistycznego zabiegu, Wykonawca wypłaci świadczenie za każdy z przeprowadzonych zabiegów. W przypadku wypłacenia przez Wykonawcę świadczenia z tytułu danego specjalistycznego leczenia odpowiedzialność Wykonawcy wygaśnie w zakresie tego specjalistycznego leczenia.

15. **Ankiety medyczne dla pracowników** – Wykonawca nie będzie żądał wypełniania ankiet medycznych lub kwestionariuszy zdrowotnych od przystępujących w dowolnym czasie do ubezpieczenia grupowego pracowników.
16. **Ankiety medyczne dla członków rodzin pracowników** – Wykonawca nie będzie żądał wypełniania ankiet medycznych lub kwestionariuszy zdrowotnych od przystępujących z dniem rozpoczęcia odpowiedzialności do ubezpieczenia grupowego członków rodzin pracowników objętych ubezpieczeniem grupowym w ramach umów zawartych przez Zamawiającego.
17. **Ciężkie choroby ubezpieczonego** – Wykonawca winien zastosować najszerszy katalog funkcjonujący w dniu składania oferty w Wykonawcy z zastrzeżeniem, że obligatoryjnie obejmuje ochroną: udar mózgu, boreliozę (zgodnie z definicją w pkt. 18 poniżej), stwardnienie rozsiane i gruźlicę. Wykonawca wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w tabeli świadczeń.
18. **Borelioza** – oznacza krętkowicę przenoszoną przez kleszcze przebiegającą z różnorodnymi objawami narządowymi, między innymi ze zmianami skórnymi objawiającymi się rumieniem, zapaleniem stawów, zapaleniem mięśnia sercowego oraz różnorodnymi objawami neurologicznymi. Zdiagnozowanie choroby powinno być



jednoznacznie potwierdzone przez lekarza wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 69.2) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego.

19. **Ciężkie choroby małżonka/partnera życiowego ubezpieczonego** – wystąpienie u małżonka/partnera życiowego ubezpieczonego ciężkiej choroby według katalogu OWU Wykonawcy na dzień składania ofert, za które Wykonawca wypłaci ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w tabeli świadczeń.
20. Wykonawca nie może odmówić wypłaty świadczenia, jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe objęte ochroną ubezpieczeniową związane było z aktami terroru, poza przypadkami czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru.

III. Zakres ubezpieczenia – tabela świadczeń:

Zakres ochrony ubezpieczeniowej winien obejmować następujące zdarzenia i wysokość świadczeń:

L.P.	Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego	GRUPA I	GRUPA II	GRUPA III
		Wysokość wypłacanego świadczenia w PLN		
1.	Zgon ubezpieczonego	40 000	60 000	80 000
2.	Zgon ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (<i>skumulowana wartość świadczenia</i>)	80 000	120 000	140 000
3.	Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego (<i>skumulowana wartość świadczenia</i>)	115 000	180 000	220 000
4.	Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy (<i>skumulowana wartość świadczenia</i>)	115 000	180 000	220 000
5.	Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy (<i>skumulowana wartość świadczenia</i>)	150 000	200 000	250 000
6.	Zgon ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udarem mózgu (<i>skumulowana wartość świadczenia</i>)	60 000	100 000	120 000
7.	Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – świadczenie za 1% uszczerbku	400	600	800
8.	Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udarem mózgu - świadczenie za 1% uszczerbku	400	600	800
9.	Zgon małżonka/partnera życiowego ubezpieczonego	15 000	20 000	25 000



L.P.	Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego	GRUPA I	GRUPA II	GRUPA III
		Wysokość wypłacanego świadczenia w PLN		
10.	Zgon małżonka/partnera życiowego ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (<i>skumulowana wartość świadczenia</i>)	25 000	30 000	35 000
11.	Zgon rodzica ubezpieczonego i rodzica małżonka/partnera życiowego ubezpieczonego	2 300	2 500	2 800
12.	Zgon rodzica ubezpieczonego i rodzica małżonka/partnera życiowego ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (<i>skumulowana wartość świadczenia</i>)	4 000	5 000	6 000
13.	Urodzenie się dziecka ubezpieczonemu	2 000	św. min. *	św. min. *
14.	Urodzenie martwego dziecka	3 000	św. min. *	św. min. *
15.	Zgon dziecka ubezpieczonego	3 000	św. min. *	św. min. *
16.	Zgon dziecka ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (<i>skumulowana wartość świadczenia</i>)	6 000	św. min. *	św. min. *
17.	Osierocenie dziecka – jednorazowe świadczenie dla każdego dziecka	4 000	5 000	6 000
18.	Ciężkie choroby ubezpieczonego	4 000	6 000	8 000
19.	Ciężkie choroby małżonka/partnera życiowego ubezpieczonego	4 000	5 000	6 000
20.	Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu spowodowany chorobą oraz powyżej 14-go dnia pobytu spowodowanego NW, wypadkiem komunikacyjnym, wypadkiem przy pracy, wypadkiem komunikacyjnym przy pracy, zawałem serca lub udarem mózgu	55	80	90
21.	Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (NW) – wypłacane za każdy dzień pobytu od 1-go do 14-go dnia (<i>skumulowana wysokość świadczenia</i>)	160	200	240
22.	Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu spowodowany NW komunikacyjnym – wypłacane za każdy dzień pobytu od 1-go do 14-go dnia (<i>skumulowana wysokość świadczenia</i>)	165	250	290
23.	Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu spowodowany NW przy pracy – wypłacane za każdy dzień pobytu od 1-go do 14-go dnia (<i>skumulowana wysokość świadczenia</i>)	165	250	290
24.	Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu spowodowany NW komunikacyjnym przy pracy – wypłacane za każdy dzień pobytu od 1-go do 14-go dnia (<i>skumulowana wysokość świadczenia</i>)	180	250	290



L.P.	Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego	GRUPA I	GRUPA II	GRUPA III
		Wysokość wypłacanego świadczenia w PLN		
25.	Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu – wypłacane za każdy dzień pobytu od 1-go do 14-go dnia (<i>skumulowana wysokość świadczenia</i>)	100	120	140
26.	Świadczenie dodatkowe za pobyt w szpitalu na OIT/OIOM	550	600	600
27.	Rekonwalescencja	27,50	30	30
28.	Operacje chirurgiczne <i>suma ubezpieczenia:</i>	4 500	6 000	7 000
29.	Trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji	12 000	15 000	20 000
30.	Świadczenie apteczne	200	200	300
31.	Leczenie specjalistyczne	4 000	5 000	6 000

* wysokość świadczeń minimalnych zgodnie z OWU i taryfikacją Wykonawcy na dzień składania ofert, nie podlega ocenie

IV. Klauzule dodatkowe - obligatoryjne:

1. Klauzula zniesienia ograniczeń czasowych warunkujących wypłatę świadczeń.

Wymaga się zniesienia ograniczeń czasowych w wypłacie świadczenia z tytułu:

- śmierci ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- śmierci ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego,
- śmierci ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy,
- śmierci ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu,
- wystąpienia w okresie odpowiedzialności Wykonawcy trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- wystąpienia w okresie odpowiedzialności Wykonawcy trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu.

Wypłata świadczenia z tytułu zajścia wymienionych zdarzeń jest zasadna bez względu na długość czasu jaki upłynął pomiędzy śmiercią, wystąpieniem trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego a zdarzeniem je wywołującym.

2. Klauzula gwarancji wypłaty pełnej kwoty odszkodowania.

Nie dopuszcza się pomniejszenia kwoty wypłaty świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego będącego następstwem choroby, nieszczęśliwego wypadku, czy zgonu ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu o świadczenia wcześniej wypłacone z tytułu choroby, trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego będącego wynikiem tego samego nieszczęśliwego wypadku, czy zawału serca lub udaru mózgu.



- 3. Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność Wykonawcy za pobyty Ubezpieczonego w szpitalu oraz na Oddziale Intensywnej Terapii (OIOM) poza granice RP.**

Odpowiedzialność Wykonawcy obejmować powinna pobyty w szpitalu oraz na Oddziale Intensywnej Terapii (OIOM) co najmniej na terytorium krajów należących do Unii Europejskiej oraz Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, USA, Szwajcarii, Watykanu.
- 4. Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność Wykonawcy za pobyt Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym lub w szpitalu rehabilitacyjnym.**

Rozszerzenie dotyczy pierwszego pobytu ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym lub szpitalu rehabilitacyjnym z całodobową opieką lekarską, związanego z rehabilitacją konieczną do usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku lub choroby.
- 5. Gwarancja zniesienia ograniczeń wiekowych.**

Zapobiega wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej w zakresie danego ryzyka w trakcie trwania umowy ubezpieczenia dla pracowników i uprawnionych członków rodzin pracowników Zamawiającego.
- 6. Udostępnienie na wniosek Zamawiającego lub Pełnomocnika Zamawiającego tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu obowiązującej w Zakładzie Ubezpieczeń w dniu składania oferty.**
- 7. Udostępnianie informacji o szkodowości co najmniej w rocznych okresach ubezpieczenia na wniosek Zamawiającego lub Pełnomocnika Zamawiającego.**
- 8. Klauzula obiegu dokumentów.**

Po wystawieniu polisy ubezpieczeniowej potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia, przed przekazaniem jej Zamawiającemu Wykonawca musi uzyskać akceptację poprawności jej wystawienia przez Pełnomocnika Zamawiającego.
- 9. Klauzula akwizycyjna.**

Klauzula zobowiązuje Wykonawcę do:

 - przedstawienia pełnomocnikowi reprezentującemu Zamawiającego harmonogramu prac akwizycyjnych,
 - dedykowania minimum 1 osoby do przeprowadzenia prac akwizycyjnych,
 - aktywnego udziału w akcji informacyjnej oraz w procesie akwizycyjnym, w tym udział w spotkaniach informacyjnych dla pracowników Zamawiającego,



- przygotowania oraz dostarczenia Zamawiającemu, po akceptacji pełnomocnika Zamawiającego, materiałów akwizycyjnych, tj.: ulotek, deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, list akwizycyjnych,
- zorganizowania szkolenia obsługowego dla pracowników administrujących umowami ubezpieczenia grupowego u Zamawiającego.

10. Klauzula udostępnienia systemu elektronicznego obsługi polis.

Wykonawca zobowiązuje się, od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, do nieodpłatnego udostępnienia Zamawiającemu co najmniej elektronicznego systemu obsługi polisy (np. składnik pakietu biurowego MS Office – Excel). System ten, poprzez łącze internetowe, usprawniać będzie obsługę polisy w zakresie co najmniej:

- prowadzenia ewidencji osób objętych programem ubezpieczenia,
- ewidencjonowania osób przystępujących do programu ubezpieczenia,
- ewidencjonowania osób występujących z programu ubezpieczenia,
- rozliczania składek miesięcznych.

V. Klauzule dodatkowe – fakultatywne:

Zamawiający wnioskuje o zastosowanie w ofercie ubezpieczenia następujących klauzul dodatkowych, które będą brane pod uwagę w ocenie kryterium jakości proponowanej ochrony ubezpieczeniowej.

1. Klauzula rozszerzająca system elektronicznej obsługi polis o dedykowaną klientowi aplikację internetową – 2 pkt

Wykonawca zobowiązuje się w terminie 3 miesięcy od zawarcia umowy ubezpieczenia, do nieodpłatnego udostępnienia Zamawiającemu elektronicznej aplikacji przeznaczonej do zarządzania obsługą polisy. Aplikacja ta, poprzez łącze internetowe, usprawniać będzie obsługę polisy, umożliwiając dokonywanie w drodze elektronicznej następujących czynności:

- a) prowadzenie ewidencji osób objętych programem ubezpieczenia,
- b) ewidencjonowanie osób przystępujących do programu ubezpieczenia,
- c) ewidencjonowanie osób występujących z programu ubezpieczenia,
- d) rozliczenie składek miesięcznych (w tym możliwość sprawdzania sald wpłaconych składek ubezpieczeniowych),
- e) ewidencjonowanie zmian danych osobowych osób objętych programem Ubezpieczenia,
- f) generowanie indywidualnych potwierdzeń uczestnictwa w programie ubezpieczeniowym.

**2. Klauzula szybkiej likwidacji świadczeń – maksymalnie 4 pkt**

Winna gwarantować:

- a) możliwość zgłaszania świadczeń za pośrednictwem Internetu (brak wymogu wysyłania dokumentacji medycznej i wymaganych dokumentów w formie papierowej). Wykonawca zobowiązany jest prowadząc likwidację szkody do stosowania powszechnie obowiązujących przepisów prawa regulujących zasady uzyskiwania wglądu do dokumentacji medycznej ubezpieczonego, w szczególności uzyskania uprzedniej zgody osoby ubezpieczonej na wgląd do jej dokumentacji medycznej – 1 pkt,
- b) możliwość zgłaszania świadczeń w jednostkach Wykonawcy rozlokowanych na terenie Polski – 1 pkt,
- c) możliwość zgłaszania świadczeń w jednostkach Wykonawcy rozlokowanych na terenie Białegostoku – 2 pkt.

3. Klauzula prewencji – 2 pkt

Wykonawca deklaruje przyznanie jednorazowego dofinansowania ze środków funduszu prewencyjnego Wykonawcy 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.

Dopuszcza się, by wysokość prewencji regulowała umowa o udziale w zysku, przy założeniu zachowania minimalnej wymaganej kwoty.

4. Gwarancja minimalnego katalogu operacji chirurgicznych – 1 pkt

Wykonawca gwarantuje co najmniej 600 procedur medycznych w katalogu operacji chirurgicznych.

5. Gwarancja zniesienia ograniczeń czasowych w wypłacie świadczeń w przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego dwóch lub więcej operacji chirurgicznych – 2 pkt**6. Gwarancja wypłaty świadczeń z tytułu: zgonu rodzica Ubezpieczonego i rodzica małżonka Ubezpieczonego, zgonu dziecka, urodzenia martwego dziecka i urodzenia dziecka w terminie 7 dni roboczych od daty złożenia kompletu wymaganych dokumentów – 2 pkt**

**7. Gwarancja wypłaty świadczenia z tytułu choroby śmiertelnej zgodnie z OWU Wykonawcy – 1 pkt**

Wykonawca wypłaci Ubezpieczonemu na zasadach określonych w OWU świadczenie w wysokości 50% świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy choroby śmiertelnej (wypłata pomniejsza świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego).

8. Klauzula akwizycyjna rozszerzona – 2 pkt

Wykonawca gwarantuje za czynności związane z przygotowaniem deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia i przekazaniem ich Wykonawcy, wypłatę w zwyczajowo przyjętej kwocie jednorazowego wynagrodzenia pracownikowi administrującemu umowami ubezpieczenia grupowego u Zamawiającego.

9. Klauzula zniżek indywidualnych – 1 pkt

Wykonawca gwarantuje – dla pracowników ubezpieczonych w ramach umowy zawartej w drodze niniejszego postępowania – zniżkę na indywidualne ubezpieczenia majątkowe w życiu prywatnym.

Zawarcie ubezpieczenia majątkowego z gwarantowaną zniżką jest indywidualną i dobrowolną decyzją ubezpieczonego pracownika.

Wykonawca winien przedstawić w ramach oferty zakres ubezpieczeń majątkowych podlegających zniżkom (zakres musi obejmować ubezpieczenia komunikacyjne) i wysokość oferowanych zniżek

10. Klauzula rozszerzenia zakresu ubezpieczenia dla pracownika i członków jego rodziny (małżonkowie i dzieci) o świadczenia assistance zgodnie z OWU Wykonawcy na dzień składania ofert – 1 pkt**11. Gwarancja rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dodatkowe zakresy ochronne – 2 pkt**

Minimalna partycypacja:		10 os. lub niższa, jeżeli przewidują to OWU
l.p.	Zakres ubezpieczenia	Sumy ubezpieczenia, liczba wariantów, składka/os
1.	Zakres ochrony dziecka niepełnoletniego	Zgodnie z OWU i ofertą Wykonawcy
2.	Zakres ochrony wypadkowej	Zgodnie z OWU i ofertą Wykonawcy
3.	Zakres ochrony onkologicznej	Zgodnie z OWU i ofertą Wykonawcy

Zakres, sumy ubezpieczenia, składki na osobę nie podlegają ocenie w kryterium oceny ofert „CENA”

Wykonawca rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej o dodatkowe pakiety ochronne zgodnie z OWU Wykonawcy na dzień składania ofert. Przystąpienie do pakietów ma charakter dobrowolny, każdy ubezpieczony będzie mógł samodzielnie wybrać dodatkowy



pakiet ochronny, do którego chce przystąpić, pod warunkiem, że przystąpił do podstawowego programu ubezpieczenia.



ZAŁOŻENIA OGÓLNE

Zakres opisany powyżej jest zakresem minimalnym.

W odniesieniu do kwestii nieuregulowanych w SWZ mają zastosowanie stosowne zapisy ogólnych warunkach ubezpieczeń.

Jeżeli w ogólnych warunkach ubezpieczeń znajdują się dodatkowe uregulowania, z których wynika, że zakres ubezpieczeń jest szerszy od proponowanego powyżej to automatycznie zostają włączone do ochrony ubezpieczeniowej Zamawiającego.

Zapisy w ogólnych warunkach ubezpieczenia, z których wynika, iż zakres ubezpieczenia jest węższy niż zakres opisany powyżej, nie mają zastosowania.

Beata Krysiewicz
Broker ubezpieczeniowy