# **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

do postępowania o zamówienie na:

„usługę grupowego ubezpieczenie na życie dla osób ubezpieczonych t.j.: pracowników oraz osób zatrudnionych na umowy cywilnoprawne przez PKM Sp. z. o. o. w Sosnowcu, członków ich rodzin t.j.: współmałżonków, pełnoletnich dzieci oraz partnerów życiowych” , zwane dalej „ grupowym ubezpieczeniem na życie” lub „ubezpieczeniem”.

1. **UPRAWIENI DO UBEZPIECZENIA**

W każdym czasie trwania ubezpieczenia do umowy może przystąpić: pracownik, osoba zatrudniona na umowę cywilnoprawną, jego/jej współmałżonek / partner życiowy albo pełnoletnie dziecko pod warunkiem, że w chwili przystąpienia ma ukończone 18 lat i nie ukończył 70 roku życia.

**II ZASADY OBEJMOWANIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ**

1. Warunkiem objęcia ochroną osoby ubezpieczonej jest złożenie deklaracji woli o przystąpieniu do umowy ubezpieczenia, które odbywa się poprzez wypełnienie i podpisanie formularza Deklaracji przystąpienia. Każda z osób ubezpieczonych składa Deklarację przystąpienia we własnym imieniu.
2. Pracownik Ubezpieczającego oraz osoba zatrudniona na umowę cywilnoprawną dokonuje swobodnego wyboru jednego z zaoferowanych wariantów ubezpieczenia (I, II, III), w ramach którego chce być objęty ochroną ubezpieczeniową.
3. Członkowie rodziny pracownika oraz osoby zatrudnionej na umowę cywilnoprawną (współmałżonkowie / partnerzy życiowi oraz pełnoletnie dzieci) mogą przystąpić do wariantu wybranego przez pracownika oraz osoby zatrudniona na umowę cywilnoprawną, lub wariantu z inną składką.
4. Warunkiem objęcia ochroną osób , o których mowa w ust. 3 jest przystąpienie do programu także pracownika oraz osoby zatrudnionej na umowę cywilnoprawną.
5. Zamawiający nie dopuszcza, aby Wykonawca żądał od osób ubezpieczonych składania jakichkolwiek oświadczeń o: stanie zdrowia, przebytych chorobach, podania innych danych o charakterze medycznym lub uzależniał udzielenie ochrony ubezpieczeniowej od poddania się przez Ubezpieczonych weryfikacji stanu zdrowia w jakiejkolwiek innej formie.
6. Każdy z Ubezpieczonych ma prawo w dowolnym momencie zrezygnować z ubezpieczenia.   
   W sytuacji, o której mowa w zdaniu poprzedzającym, ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa z upływem ostatniego dnia miesiąca, za który Ubezpieczający przekazał Wykonawcy ostatnią składkę ubezpieczeniową za danego Ubezpieczonego.
7. Wystąpienie z umowy ubezpieczenia pracownika oraz osoby zatrudnionej na umowę cywilnoprawną, wiąże się z końcem odpowiedzialności Wykonawcy względem członków rodziny: pracownika oraz osoby zatrudnionej na umowę cywilnoprawną . Niniejsze oznacza, iż ochrona ubezpieczeniowa współmałżonka / partnera życiowego / pełnoletniego dziecka kończy się z upływem ostatniego dnia miesiąca, za który Ubezpieczający przekazał Wykonawcy ostatnią składkę ubezpieczeniową za danego Ubezpieczonego, nie później jednak niż w dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do pracownika.
8. W przypadku rozwiązania umowy będącej podstawą zatrudnienia pracownika oraz osoby zatrudnionej na umowę cywilnoprawną u Ubezpieczającego ochrona ubezpieczeniowa pracownika, jego współmałżonka / partnera życiowego oraz pełnoletnich dzieci wygasa z upływem ostatniego dnia miesiąca, za który Ubezpieczający przekazał Wykonawcy ostatnią składkę ubezpieczeniową za danego Ubezpieczonego / Ubezpieczonych.
9. Każdy z ubezpieczonych ma prawo do wskazania maksymalnie do pięciu osób uposażonych, w dowolnym momencie trwania ubezpieczenia.
10. W przypadku gdy ubezpieczony będzie niezdolny do złożenia wniosku o wypłatę świadczenia (np. śpiączka ) wówczas w jego imieniu ma prawo złożyć wniosek uposażony.

W przypadku wielu uposażonych prawo do złożenia wniosku ma każdy z uposażonych. W takim przypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia uposażonym w wysokości (procencie) wskazanej na deklaracji ubezpieczonego.

1. **DEFINICJE**

Zwroty i pojęcia użyte w dokumencie SIWZ, jego załącznikach i innej załączonej dokumentacji oznaczają:

* + 1. **Deklaracja przystąpienia** – pisemne oświadczenie woli pracownika (współmałżonka / partnera życiowego albo pełnoletniego dziecka) o przystąpieniu do umowy ubezpieczenia,   
       w wybranym przez siebie wariancie ubezpieczenia.
    2. **Dziecko Ubezpieczonego –** w przypadku śmierci dziecka – dziecko własne, przysposobione oraz pasierb Ubezpieczonego (jeżeli nie żyje ojciec lub matka), pod warunkiem, ze nie ukończyło 25 roku życia.

W przypadku osierocenia dziecka – dziecko własne, przysposobione oraz pasierb Ubezpieczonego (jeżeli nie żyje ojciec lub matka), w wieku do 25 lat, lub bez względu na wiek w przypadku całkowitej niezdolności dziecka do pracy.

* + 1. **Leczenie specjalistyczne** – przeprowadzenie u Ubezpieczonego leczenia w zakresie obejmującym co najmniej poniższe procedury medyczne:

1. ablacja
2. chemioterapii albo radioterapii
3. wszczepienia kardiowertera / defibrylatora
4. wszczepienia rozrusznika serca
5. dializoteriapia,
6. terapii interferonowej.
7. terapia jodem nienowotworowych chorób tarczycy.
   * 1. **Nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe i niezależne od woli Ubezpieczonego i stanu jego zdrowia gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, będące wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego odpowiedzialnością Wykonawcy.
     2. **OIOM/OIT (oddział intensywnej opieki medycznej, oddział intensywnej terapii)** - pobyt Ubezpieczonego na oddziale szpitalnym przeznaczonym dla chorych wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru, jako osobny oddział w strukturach szpitala i wyposażony w sprzęt, który umożliwia stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych oraz podjęcie czynności zastępczych w przypadku niewydolności narządów lub układów.
     3. **Operacja chirurgiczna** – zabieg chirurgiczny wykonany w publicznych lub niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej na terenie terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym. Wykonanych metodą endoskopową zamkniętą oraz otwartą, wymieniony w katalogu operacji chirurgicznych Wykonawcy.

Wartości wskazane w tabeli zakresów ochrony ubezpieczeniowej, w wierszu „operacje chirurgiczne”, dla wariantów I - III, są wysokością świadczenia przysługującego za operacje chirurgiczne zaliczane przez Wykonawcę do klasy operacji najpoważniejszych (tj. operacji o najwyższym stopniu skomplikowania), za które przysługuje świadczenie na poziomie 100% sumy ubezpieczenia.

Wysokość świadczeń uzależniona jest od rodzaju (stopnia skomplikowania) operacji, według klasyfikacji operacji chirurgicznych obowiązującego u Wykonawcy zgodnie z OWU Wykonawcy.

Wykaz operacji powinien zawierać minimum 550 operacji.

Zamawiający wymaga aby Wykonawca wypłacał świadczenia za każdą operację chirurgiczną Ubezpieczonego (o ile wyszczególniona jest ona w katalogu operacji chirurgicznych stanowiącym załącznik do OWU Wykonawcy), co oznacza, iż Wykonawca nie może uchylić się od odpowiedzialności poprzez stosowanie jakichkolwiek limitów czasowych dotyczących odstępu pomiędzy poszczególnymi operacjami.

* + 1. **Partner życiowy (pracownika)** – osoba fizyczna wskazana imiennie przez pracownika   
       w Deklaracji przystąpienia, niespokrewniona z pracownikiem, pozostająca z nim związku nieformalnym (z zastrzeżeniem, że ani pracownik, ani partner życiowy pracownika nie może pozostawać w związku małżeńskim z inną osobą). Wskazanie innego partnera może nastąpić nie wcześniej niż po upływie 12 miesięcy od daty złożenia tego oświadczenia. W jednym czasie ochroną może być objęty tylko jeden partner pracownika.
    2. **Pełnoletnie dziecko** – dziecko własne, przysposobione lub pasierb Ubezpieczonego, jeżeli nie żyje jego ojciec lub matka, które w dniu przystąpienia do Umowy ubezpieczenia ukończyło 18 rok życia.
    3. **Pobyt w szpitalu** – całodobowy pobyt ubezpieczonego w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej trwający dłużej niż jeden dzień (jedna zmiana daty), jeżeli był spowodowany chorobą i co najmniej 1 dzień w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem w celu leczenia szpitalnego.

Każdy rozpoczęty dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu uważa się za pełny.

Zamawiający wymaga, aby Wykonawca wypłacał dzienne świadczenie szpitalne z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu co najmniej przez okres 180 dni w każdym Roku ubezpieczenia.

* + 1. **Poważne zachorowanie** – wystąpieniu u Ubezpieczonego stanu chorobowego objętego ochroną Wykonawcy. Minimalny zakres chorób objętych ochroną ubezpieczeniową winien obejmować następujące jednostki chorobowe

|  |
| --- |
| 1. Anemia aplastyczna |
| 1. Chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych – by-pass |
| 1. Choroba Creutzfelda – Jakoba |
| 1. Choroba Parkinsona |
| 1. Niezłośliwy guz mózgu |
| 1. Niewydolność nerek |
| 1. Nowotwór złośliwy |
| 1. Odkleszczowe zapalenie mózgu |
| 1. Oparzenia |
| 1. Sepsa |
| 1. Stwardnienie rozsiane |
| 1. Transplantacja/ przeszczep organów |
| 1. Udar |
| 1. Utrata wzroku |
| 1. Wszczepienie zastawki serc |
| 1. Zakażenie wirusem HIV (zakażenie wirusem HIV w związku z wykonywaniem obowiązków zawodowych oraz zakażenie w wyniku transfuzji krwi) |
| 1. Zawał serca |
| 1. Zator tętnicy płucnej 2. Ropień mózgu 3. Wścieklizna 4. Tężec 5. Bąblowiec mózgu 6. Zgorzel gazowa 7. Borelioza |

Wykonawca przyjmuje odpowiedzialność za każde w/w poważne zachorowanie , które miało miejsce w okresie jego odpowiedzialności, o ile nie istnieje związek przyczynowo skutkowy z innym poważnym w/w zachorowaniem, za które Wykonawca wypłacił już świadczenie, bez względu na liczbę poważnych zachorowań i ich częstotliwość, w wysokości określonej w tabeli pkt. VI – zakres ochrony ubezpieczeniowej.

* + 1. **Świadczenie po pobycie w szpitalu** – pobyt Ubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim, następujący bezpośrednio po pobycie w Szpitalu, które wystawione zostało przez Szpital,   
       w którym Ubezpieczony był hospitalizowany w następstwie choroby lub nieszczęśliwego wypadku. Świadczenie należne jest Ubezpieczonemu, jeżeli pobyt Ubezpieczonego   
       w Szpitalu trwał nieprzerwanie minimum 10 dni (każdy rozpoczęty dzień pobytu w szpitalu uznaje się za pełny). Świadczenie wypłacane jest za każdy dzień rekonwalescencji (zwolnienia lekarskiego), maksymalnie za okres 30 dni z tytułu jednej rekonwalescencji, nie więcej jednak niż za 90 dni w każdym roku ubezpieczenia, niezależnie od liczby pobytów w Szpitalu będących podstawą przyznania świadczenia z tytułu rekonwalescencji.
    2. **Rodzic** – ojciec lub matka Ubezpieczonego lub współmałżonka/partnera ubezpieczonego oraz macocha lub ojczym ubezpieczonego lub współmałżonka/partnera ubezpieczonego bądź osoba, która dokonała częściowego lub pełnego przysposobienia ubezpieczonego lub współmałżonka/partnera ubezpieczonego.

Przez ojczyma i macochę rozumie się osobę, nie będącą biologicznym rodzicem ubezpieczonego lub współmałżonka/partnera ubezpieczonego, która w dniu zgonu pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio naturalną matką lub naturalnym ojcem ubezpieczonego lub współmałżonka/partnera ubezpieczonego lub wdowę/wdowca po naturalnej matce lub naturalnym ojcu, nie będącą biologicznym rodzicem ubezpieczonego lub współmałżonka/partnera ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński.

Ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie bez względu na wiek rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka/partnera Ubezpieczonego.

Ubezpieczyciel zobowiązany jest również do wypłaty świadczenia z tytułu zgonu rodziców lub zgonu rodziców współmałżonka/partnera w sytuacji, gdy zgon rodzica współmałżonka/partnera Ubezpieczonego nastąpił po śmierci współmałżonka/partnera Ubezpieczonego pod warunkiem że Ubezpieczony nie zawarł kolejnego związku małżeńskiego, bądź nie zgłosił do ubezpieczenia nowego partnera życiowego.

W przypadku wskazania w Deklaracji przystąpienia partnera życiowego pracownika, ojciec lub matka / ojczym lub macocha bądź osoba, która dokonała przysposobienia partnera życiowego – traktowani są jak rodzice współmałżonka.

* + 1. **Rok ubezpieczenia (rok polisowy)** – okres liczony od dnia początku odpowiedzialności   
       z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia do dnia poprzedzającego dzień rocznicy umowy ubezpieczenia oraz kolejne okresy pomiędzy rocznicami Umowy ubezpieczenia.
    2. **Rocznica ubezpieczenia** – dzień rozpoczynający drugi i każdy kolejny rok trwania ubezpieczenia, przy czym lata ubezpieczenia są to bezpośrednio po sobie następujące okresy rozpoczynające się odpowiednio w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia oraz w przypadające w następnych latach kalendarzowych dni oznaczone tą samą datą dzienna.
    3. **Szpital – publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej** udzielający świadczeń w formie leczenia stacjonarnego, zamkniętego. Szpitalem nie są: hospicja, prewentoria, sanatoria, uzdrowiska, zakłady leczenia uzależnień (niezależnie od ich rodzaju).
    4. **Śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – zgon Ubezpieczonego, będący następstwem Nieszczęśliwego wypadku. Wykonawca nie może uzależnić wypłaty świadczenia od okresu czasu, jaki upłynął pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a śmiercią ubezpieczonego.
    5. **Śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego** – zgon Ubezpieczonego będący następstwem Wypadku komunikacyjnego. Wykonawca nie może uzależnić wypłaty świadczenia od okresu czasu, jaki upłynął pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a śmiercią ubezpieczonego.
    6. **Śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy** – zgon Ubezpieczonego będący następstwem Wypadku komunikacyjnego przy pracy. Wykonawca nie może uzależnić wypłaty świadczenia od okresu czasu, jaki upłynął pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a śmiercią ubezpieczonego.
    7. **Śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy** – zgon Ubezpieczonego będący następstwem Wypadku przy pracy. Wykonawca nie może uzależnić wypłaty świadczenia od okresu czasu, jaki upłynął pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a śmiercią ubezpieczonego.
    8. **Śmierć ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu** – zgon Ubezpieczonego będący następstwem Zawału serca lub Udaru mózgu. Świadczenie zostanie wypłacone niezależnie od tego czy choroby będące przyczyną Zawału serca lub Udaru mózgu były zdiagnozowane lub leczone przed datą objęcia danego ubezpieczonego ochroną z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego. Wykonawca nie może uzależnić wypłaty świadczenia od okresu czasu, jaki upłynął pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu, a śmiercią ubezpieczonego.
    9. **Świadczenie dla osoby upoważnionej** – przyznawane w formie uprawnienia do bezgotówkowego odbioru produktów w aptece bądź w formie świadczenia pieniężnego do wysokości określonej w Umowie ubezpieczenia kwoty, po każdym pobycie Ubezpieczonego w szpitalu, za który Wykonawca wypłacił świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego. Świadczenie należne jest maksymalnie trzy razy w każdym Roku ubezpieczenia.
    10. **Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku** (który wystąpił   
        w okresie odpowiedzialności Wykonawcy) –naruszenie sprawności organizmu będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, polegające na fizycznej utracie organu, narządu, układu lub trwałym uszkodzeniu ciała, upośledzeniu czynności organizmu lub narządu, lub ograniczeniu, upośledzeniu ich funkcji.
    11. **Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu**, (który wystąpił w okresie odpowiedzialności Wykonawcy) – trwałe zaburzenie czynności uszkodzonego układu, narządu, organu, powodujące jego trwałą dysfunkcję. Świadczenie zostanie wypłacone niezależnie od tego czy choroby będące przyczyną Zawału serca lub Udaru mózgu były zdiagnozowane lub leczone u Ubezpieczonego przed dniem początku odpowiedzialności Wykonawcy.
    12. **Ubezpieczony** (osoba ubezpieczona)– osoba fizyczna, która przystąpiła do Umowy ubezpieczenia i jest:

1. pracownikiem – osobą fizyczną zatrudnioną przez Ubezpieczającego niezależnie od rodzaju umowy,
2. osobą zatrudnioną przez Ubezpieczającego na umowę cywilnoprawną,
3. współmałżonkiem/ partnerem życiowym ubezpieczonego pracownika lub osoby zatrudnionej przez Ubezpieczającego na umowę cywilnoprawną, albo
4. pełnoletnim dzieckiem ubezpieczonego pracownika lub osoby zatrudnionej przez Ubezpieczającego na umowę cywilnoprawną.
   * 1. **Udar** – nagłe ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych.

**Definicja równoważna**

**Udar mózgu-**

W przypadku ryzyka śmierci wskutek udaru mózgu:

Tylko taki udar (udar mózgu), który oznacza nagłe ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, wywołane wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi. Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za udar, jeżeli przed początkiem odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego zdiagnozowano udar, przemijające niedokrwienie mózgu tzw. TIA, miażdżycę naczyń mózgowych;

W przypadku trwałego uszczerbku w wyniku udaru mózgu oraz poważnej choroby ubezpieczonego:

Tylko taki udar (udar mózgu), który jest nagłym, ogniskowym lub uogólnionym zaburzeniem czynności mózgu spowodowanym wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany, które spowodowało trwały ubytek neurologiczny. Wykonawca odpowiada wyłącznie za taki udar mózgu z ubytkiem neurologicznym, w którym:   
a) badania obrazowe mózgu jednoznacznie potwierdziły świeże zmiany naczyniopochodne lub udar mózgu był leczony trombolitycznie oraz   
b) badanie neurologiczne, przeprowadzone 3 miesiące po wystąpieniu udaru mózgu, potwierdziło utrzymywanie się w związku z tym udarem ubytku neurologicznego.   
Odpowiedzialność Wykonawcy nie obejmuje udaru mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym, który ma przyczynę inną niż naczyniowa lub powstał wskutek urazu lub przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (tzw. TIA).   
Odpowiedzialność Wykonawcy nie obejmuje także udaru mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano udar mózgu, przemijające niedokrwienie mózgu tzw. TIA, miażdżycę naczyń mózgowych.

W przypadku pobytu w szpitalu wskutek udaru mózgu:

Tylko taki udar (udar mózgu), który jest nagłym, ogniskowym lub uogólnionym zaburzeniem czynności mózgu spowodowanym wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany. Wykonawca odpowiada wyłącznie za taki udar mózgu, w którym:   
a) badania obrazowe mózgu jednoznacznie potwierdziły świeże zmiany naczyniopochodne lub udar mózgu był leczony trombolitycznie oraz   
b) badanie neurologiczne, przeprowadzone 3 miesiące po wystąpieniu udaru mózgu, potwierdziło utrzymywanie się w związku z tym udarem ubytku neurologicznego.   
Odpowiedzialność Wykonawcy nie obejmuje udaru mózgu, który ma przyczynę inną niż naczyniowa lub powstał wskutek urazu lub przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (tzw. TIA).   
Odpowiedzialność Wykonawcy nie obejmuje także udaru mózgu, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano udar mózgu, przemijające niedokrwienie mózgu tzw. TIA, miażdżycę naczyń mózgowych.

W przypadku ryzyka poważnego zachorowania obowiązywać będzie definicja określona w stosownych warunkach Wykonawcy.

* + 1. **Urodzenie się dziecka** – urodzenie się Ubezpieczonemu dziecka w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Za urodzenie dziecka uważa się także przysposobienie dziecka w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Za datę zajścia zdarzenia uważa się datę uprawomocnienia się postanowienia orzekającego o przysposobieniu dziecka przez Ubezpieczonego.
    2. **Urodzenie się martwego dziecka** – urodzenie martwego dziecka w okresie odpowiedzialności Wykonawcy, bez względu na tydzień trwania ciąży, pod warunkiem zarejestrowania faktu urodzenia. Fakt martwego urodzenia winien zostać potwierdzony wydaniem urzędowego dokumentu, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
    3. **Współmałżonek pracownika** – osoba fizyczna pozostająca z pracownikiem w związku małżeńskim, w rozumieniu przepisów kodeksu rodzinnego i opiekuńczego. W przypadku, gdy Ubezpieczony pracownik wskaże w Deklaracji przystąpienia partnera życiowego Zamawiający wymaga, aby Wykonawca traktował go jako współmałżonka pracownika.
    4. **Wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek, któremu uległ Ubezpieczony   
       w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, jako: pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym (w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym), a także jako pasażer lub kierujący pojazdem szynowym (w tym: tramwajem i metrem), statkiem morskim (w tym promem morskim) lub pasażerskim statkiem powietrznym; rowerzysta oraz pieszy.

**Definicja równoważna**

**wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek:

a) wywołany ruchem pojazdów na drodze, w którym ubezpieczony brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca, z tym, że „pojazd”, „droga”, „uczestnik ruchu” i „kierowca” rozumiane są zgodnie ze znaczeniem nadanym przez obowiązujące przepisy prawa o ruchu drogowym; pojazdem jest również tramwaj,

b) wywołany ruchem pojazdu kolejowego ciągniętego przez pojazd trakcyjny, w którym ubezpieczony brał udział jako pasażer albo członek załogi tego pojazdu, z tym, że:

- pojazd kolejowy oznacza pojazd dostosowany do poruszania się na własnych kołach po torach kolejowych,

- pojazd trakcyjny oznacza pojazd kolejowy z napędem własnym, w tym metro,

wypadkiem komunikacyjnym, w rozumieniu pkt. b, nie są wypadki dotyczące kolejowego transportu wewnątrzzakładowego oraz transportu linowego i linowo-terenowego,

c) wywołany eksploatacją pasażerskiego statku powietrznego koncesjonowanych linii lotniczych, który zaistniał od chwili, gdy jakakolwiek osoba weszła na jego pokład z zamiarem wykonania lotu, do chwili opuszczenia pokładu statku powietrznego przez wszystkie osoby znajdujące się na nim, a statek powietrzny został uszkodzony lub nastąpiło zniszczenie jego konstrukcji albo statek powietrzny zaginął i nie został odnaleziony, a urzędowe jego poszukiwania zostały odwołane lub statek powietrzny znajduje się w miejscu, do którego dostęp nie jest możliwy,

d) wywołany ruchem statku, w którym ubezpieczony brał udział jako członek załogi bądź pasażer, a statek zatonął albo został uszkodzony lub nastąpiło zniszczenie jego konstrukcji albo statek zaginął i nie został odnaleziony, a urzędowe jego poszukiwania zostały odwołane lub statek znajduje się w miejscu, do którego dostęp nie jest możliwy.

* + 1. **Wypadek komunikacyjny przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, dla którego spełnione są łącznie definicję Wypadku przy pracy oraz Wypadku komunikacyjnego.
    2. **Wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, który uległ Ubezpieczony podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności albo poleceń przełożonych w ramach istniejącego stosunku pracy albo stosunku cywilnoprawnego, w ramach którego opłacane są składki na ubezpieczenia wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń.

Wypadek przy pracy musi być potwierdzony protokołem BHP lub stosowną dokumentacja organu uprawnionego do potwierdzenia charakteru wypadku.

* + 1. **Wypadek w drodze do lub z pracy** – nagłe zdarzenie, które zostało wywołane przez przyczynę zewnętrzną i nastąpiło w drodze do lub z miejsca wykonywania zatrudnienia.
    2. **Zawał serca** – nagłe zmniejszenie dopływu krwi do części mięśnia sercowego, powodując martwicę tej części mięśnia sercowego.

**Definicja równoważna**

**zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego spowodowana nagłym zmniejszeniem dopływu krwi do tej części mięśnia sercowego.

W przypadku trwałego uszczerbku w wyniku zawału serca, ciężkiej choroby ubezpieczonego oraz pobytu w szpitalu wskutek zawału serca:

**zawał serca** – który jest uszkodzeniem części mięśnia sercowego w wyniku ostrego niedokrwienia. Wykonawca odpowiada wyłącznie za taki zawał serca, którego rozpozna­nie potwierdza wzrost lub spadek stężenia troponiny sercowej, przy co najmniej jednej wartości powyżej normy, oraz spełnione jest co najmniej jedno z następujących kryteriów:

a) kliniczne objawy niedokrwienia mięśnia sercowego,

b) nowe niedokrwienne zmiany w EKG,

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

d) skrzeplina w tętnicy wieńcowej stwierdzona w koronarografii.

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

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

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

W przypadku ryzyka poważnego zachorowania obowiązywać będzie definicja określona w stosownych warunkach Wykonawcy.

* + 1. Pojęcia i zwroty nie zdefiniowane w pkt. III powyżej rozumie się zgodnie z definicjami zawartymi w OWU Wykonawcy.

**IV. INNE SZCZEGÓŁOWE OBLIGATORYJNE WARUNKI UBEZPIECZENIA**

1. Całodobowa ochrona ubezpieczeniowa, obejmująca terytorium Rzeczypospolitej Polskiej
2. Ograniczenie w ochronie ubezpieczeniowej – karencje.

Wskazane w OWU Wykonawcy okresy karencji w odniesieniu do ryzyk objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia nie mają zastosowania w stosunku do:

1. Ubezpieczonych – niezależnie do faktu czy byli objęci ochroną ubezpieczeniową w ramach dotychczasowej umowy ubezpieczenia grupowego na życie u Zamawiającego, którzy przystąpią do Umowy ubezpieczenia w okresie 3 miesięcy od daty wskazanej w nowo zawieranej Umowie ubezpieczenia, jako początek odpowiedzialności Wykonawcy.
2. Ubezpieczonych, którzy przystąpią do Umowy ubezpieczenia w okresie 3 miesięcy licząc od daty powstania stosunku prawnego łączącego pracownika z Zamawiającym.
3. Ubezpieczonych (będących współmałżonkami pracowników oraz osoby zatrudnionej na umowę cywilnoprawną), którzy przystąpią do umowy ubezpieczenia po dniu początku odpowiedzialności Wykonawcy, ale przed upływem 3 miesięcy licząc od daty zawarcia związku małżeńskiego z pracownikiem.
4. Ubezpieczonych (będących: pełnoletnimi dziećmi pracownika oraz osoby zatrudnionej na umowę cywilnoprawną) – jeżeli osoby te ukończą 18 rok życia i przystąpią do Umowy ubezpieczenia po dniu początku odpowiedzialności Wykonawcy, ale przed upływem 3 miesięcy licząc od daty ukończenia 18 roku życia.
5. Ubezpieczonego zmieniającego w każdej chwili wariant ubezpieczenia.
6. **Po upływie terminów oraz z zastrzeżeniem zapisów wskazanych w pkt. IV.2. Zamawiający dopuszcza stosowanie przez Wykonawcę karencji przez okres:**
7. 9 miesięcy dla następujących świadczeń: urodzenie się żywego dziecka Ubezpieczonemu,
8. 6 miesięcy dla następujących świadczeń: śmierć Ubezpieczonego, śmierć rodziców Ubezpieczonego lub rodziców współmałżonka / partnera życiowego, śmierć współmałżonka / partnera życiowego, śmierć dziecka, osierocenie dziecka, urodzenie się martwego dziecka Ubezpieczonemu, operacje chirurgiczne Ubezpieczonego,
9. 3 miesiące dla następujących świadczeń: poważne zachorowanie Ubezpieczonego, leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego,
10. 1 miesiąc dla następujących świadczeń: pobyt w szpitalu Ubezpieczonego, świadczenia aptecznego.

Ograniczenia ochrony nie dotyczą zdarzeń powstałych wskutek nieszczęśliwego wypadku.

1. Wykonawca dopuści możliwość przystąpienia do ubezpieczenia także osobom przebywającym na zwolnieniach lekarskich, urlopach macierzyńskich lub ojcowskich, urlopach bezpłatnych pod warunkiem objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia funkcjonującej u Zamawiającego.
2. Indywidualna kontynuacja Ubezpieczenia Grupowego

Zamawiający wymaga, aby oferta indywidualnej kontynuacji została przygotowana w 3 wariantach, na takich samych lub podobnych warunkach ubezpieczenia.

Umowa indywidualnej kontynuacji jest umową dożywotnią, może przystąpić Ubezpieczony, który był objęty ochroną z tytułu grupowego ubezpieczenia na życie u Ubezpieczającego przez okres co najmniej 3 miesięcy

Uprawnionymi do skorzystania z bezterminowej (dożywotniej) indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie, na warunkach określonych przez Zamawiającego są:

1. Pracownicy oraz osoby zatrudnione na umowy cywilnoprawne przez PKM Sp. z. o. o. w Sosnowcu , którym ustał stosunek zatrudnienia u Zamawiającego spowodowany rozwiązaniem stosunku prawnego, a także przejściem na emeryturę lub rentę,
2. Współmałżonkowie / partnerzy życiowi oraz pełnoletnie dzieci w przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej pracownika lub osoby zatrudnionej na umowę cywilnoprawną, który zgłosił ich do ubezpieczenia: z powodu ustania stosunku zatrudnienia u Ubezpieczającego bądź jego śmierci.

Wymagane jest zaoferowanie możliwości indywidualnej kontynuacji, której minimalny zakres określony został poniżej:

|  |  |
| --- | --- |
| **Minimalny obligatoryjny zakres świadczeń** | **Wysokość świadczenia w %**  **SU** |
| Zgon Ubezpieczonego | 100 % |
| Zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku | 200 %1 |
| Zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego | 300 % 2 |
| Zgon współmałżonka /partnera życiowego Ubezpieczonego | 100 % |
| Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (za 1% uszczerbku) | 4 % |
| Zgon dziecka Ubezpieczonego | 30 % |
| Zgon rodzica lub teścia Ubezpieczonego | 20 % |
| Urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu | 10 % |
| Urodzenie się martwego dziecka Ubezpieczonemu | 20 % |
| Osierocenie dziecka Ubezpieczonego | 40 % |

1 świadczenie skumulowane składające się z sumy ubezpieczenia na umowach: śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku

2 świadczenie skumulowane składające się z sumy ubezpieczenia na umowach: śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego

Zamawiający wymaga, aby oferta indywidualnej kontynuacji została przygotowana w 3 wariantach, gdzie suma ubezpieczenia na umowie głównej kontynuacji (Śmierć Ubezpieczonego z dowolnej przyczyny) wynosiła odpowiednio 15 000 zł., 17 000 zł., i 20 000 zł., z możliwością zmiany na wniosek Ubezpieczonego.

Ubezpieczeni mają możliwość wyboru wariantu indywidualnej kontynuacji bez względu na wariant, w jakim byli ubezpieczeni w ubezpieczeniu grupowym.

Miesięczna składka ubezpieczeniowa przy indywidualnej kontynuacji od każdego tysiąca sumy ubezpieczenia za jednego ubezpieczonego (stawka za każdy jeden tysiąc sumy ubezpieczenia) wynosi maksymalnie 7 zł.

1. **WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI**
2. Zamawiający nie dopuszcza stosowania przez Wykonawcę następujących wyłączeń ograniczeń odpowiedzialności:

1) Wykonawca nie może odmówić wypłaty świadczenia z tytułu:

1. pobytu w szpitalu ubezpieczonego
2. leczenia specjalistycznego,
3. operacji chirurgicznych,

powołując się na fakt, iż przyczyna powodująca zaistnienie zdarzenia ubezpieczeniowego miała miejsce przed początkiem odpowiedzialności z tytułu umowy zawartej w drodze niniejszego postępowania przetargowego. Chodzi sytuację, w której Wykonawca odpowie za zdarzenie ubezpieczeniowe, gdy przyczyna miała miejsce przed datą objęcia odpowiedzialności przez Wykonawcę, o ile sam pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, miał miejsce w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.

1. Wykonawca nie może odmówić wypłaty świadczenia z tytułu zakresów ochrony ubezpieczeniowej ujętych w tabeli w pkt. VI,

osobom objętym ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia funkcjonującej u Zamawiającego, powołując się na fakt, iż zajście zdarzenia, jako przyczyna skutkująca wypłatą świadczenia miała miejsce przed początkiem odpowiedzialności z tytułu umowy zawartej w drodze niniejszego postępowania przetargowego. Chodzi o sytuację, w której Wykonawca odpowie za zdarzenie ubezpieczeniowe, gdy przyczyna miała miejsce przed datą objęcia odpowiedzialności przez Wykonawcę, o ile samo zdarzenie ubezpieczeniowe (tj. poważne zachorowanie, leczenie specjalistyczne, operacja chirurgiczna lub zgon) miało miejsce w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.

1. 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, które zwalniają Wykonawcę z odpowiedzialności.
2. Wykonawca nie może pomniejszyć wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, śmierci wskutek wypadku, w tym: wypadku komunikacyjnego, wypadku przy pracy, wypadku komunikacyjnego przy pracy oraz śmierci wskutek Zawału serca lub Udaru, o kwoty wypłaconych wcześniej świadczeń z tytułu uszczerbku na zdrowiu, poważnych zachorowań, operacji chirurgicznych i pobytów w szpitalu, jeśli były spowodowane tą samą przyczyną.
3. Zamawiający nie dopuszcza zastosowania żadnych ograniczeń i redukcji zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu osiągnięcia przez Ubezpieczonego określonego wieku. Niniejsze oznacza, iż zakres ochrony ubezpieczeniowej dla każdej z osób, które przystąpiły do umowy ubezpieczenia, przy spełnieniu określonego kryterium wieku, pozostaje stały i niezmienny przez cały okres trwania ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z umowy ubezpieczenia zawartej na bazie niniejszego postępowania przetargowego. W związku z powyższym Wykonawca nie ma prawa do dokonywania jakichkolwiek redukcji zakresu ochrony ubezpieczeniowej i proponowania Ubezpieczonym nowej, obniżonej składki ubezpieczeniowej uwzględniających niniejsze redukcje zakresu ochrony ubezpieczeniowej.
4. Wykonawca zobligowany będzie do zapewnienia możliwości realizowania wszelkich świadczeń objętych zakresem ubezpieczenia, w tym zapewnienia komisji lekarskich lub badań lekarskich, na terenie miast: Sosnowiec i (lub) Dąbrowa Górnicza, i (lub) Będzin, i (lub) Czeladź, i (lub) Katowice.

**VI. ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

1. Wykonawca zobowiązuje się zapewnić Ubezpieczonym ochronę ubezpieczeniową w wybranym wariancie ubezpieczenia w całym okresie ubezpieczenia wynikającym z umowy ubezpieczenia zawartej w wyniku niniejszego postępowania przetargowego, z możliwością skorzystania przez Ubezpieczonych z dalszej ochrony na warunkach bezterminowej indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na warunkach określonych w OPZ.

| Lp. | ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ | Wysokość świadczenia | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Wariant I | Wariat II | Wariant III |
| 1 | Zgon Ubezpieczonego | 59 000 zł | 74 000 zł | 89 000 zł |
| 2 | Zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku | 112 000 zł | 142 000 zł | 172 000 zł |
| 3 | Zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego | 168 000 zł | 213 000 zł | 258 000 zł |
| 4 | Zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy | 168 000 zł | 213 000 zł | 258 000 zł |
| 5 | Zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy | 224 000 zł | 284 000 zł | 344 000 zł |
| **6** | **Zgon ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu** | **100 000 zł** | **120 000 zł** | **150 000 zł** |
| 7 | Osierocenie dziecka ( świadczenie dla każdego dziecka) | 5 000 zł | 6 200 zł | 7 400 zł |
| 8 | Zgon współmałżonka/partnera życiowego Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku | 26 900 zł | 34 100zł | 41 300 zł |
| 9 | Zgon współmałżonka/partnera życiowego Ubezpieczonego | 15 700 zł | 19 900 zł | 24 100 zł |
| 10 | Zgon dziecka Ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem | 6 400 zł | 8 100 zł | 9 800 zł |
| 11 | Zgon dziecka Ubezpieczonego | 3 400zł | 4 300 zł | 5 200 zł |
| 12 | Zgon rodziców Ubezpieczonego lub rodziców współmałżonka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem | 4 300 zł | 5 400 zł | 6 600 zł |
| 13 | Zgon rodziców Ubezpieczonego lub rodziców współmałżonka | 3 400 zł | 4 300 zł | 5 200 zł |
| 14 | Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku  - 100 % | 56 000zł | 71 000zł | 86 000zł. |
| 15 | Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku  - 1 % | 560 zł | 710 zł | 860 zł |
| **16** | **Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu – 1%** | **550 zł** | **660 zł** | **800 zł** |
| 17 | Wystąpienie ciężkiej choroby Ubezpieczonego | 6 500 zł | 8 300 zł | 10 000 zł |
| 18 | Wystąpienie ciężkiej choroby u współmałżonka lub partnera życiowego | 6 500 zł | 8 300 zł | 10 000 zł |
| 19 | Urodzenie dziecka | 1 500 zł | 1 800 zł | 2 000 zł |
| 20 | Urodzenie martwego dziecka | 2 200 zł | 2 800 zł | 3 400 zł |
| 21 | Operacja chirurgiczna | | | |
| Klasa I | 7 100 zł | 7 100zł | 7  100 zł |
| Klasa II | 3 600 zł | 3 600 zł | 3 600 zł |
| Klasa III | 2 100 zł | 2 100 zł | 2 100 zł |
| Klasa IV | 700 zł | 700 zł | 700 zł |
| Klasa V | 350 zł | 350 zł | 350 zł |
| 22 | Niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji | 25 000 zł | 35 000 zł | 45 000 zł |
| 23 | Świadczenie za pobyt w szpitalu – płacone za pierwsze 14 dni pobytu w szpitalu, zaś od 15 dnia pobytu – w wartościach określonych w wierszu 29 Tabeli | Min. 2 dni pobytu wskutek choroby  i nieszczęśliwego wypadku | | |
| 24 | Świadczenie za pobyt w szpitalu spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem-  płacone za pierwsze 14 dni pobytu w szpitalu, zaś od 15 dnia pobytu – w wartościach określonych w wierszu 29 Tabeli | 210 zł | 270 zł | 320 zł |
| 25 | Świadczenie za pobyt w szpitalu wypadkiem komunikacyjnym- płacone za pierwsze 14 dni pobytu w szpitalu, zaś od 15 dnia pobytu – w wartościach określonych w wierszu 29 Tabeli | 290 zł | 360 zł | 440 zł |
| 26 | Świadczenie za pobyt w szpitalu spowodowane wypadkiem przy pracy - łacone za pierwsze 14 dni pobytu w szpitalu, zaś od 15 dnia pobytu – w wartościach określonych w wierszu 29 Tabeli | 290 zł | 360 zł | 440 zł |
| 27 | Świadczenie za pobyt w szpitalu spowodowane wypadkiem komunikacyjnym w pracy płacone za pierwsze 14 dni pobytu w szpitalu, zaś od 15 dnia pobytu – w wartościach określonych w wierszu 29 Tabeli | 360 zł | 450 zł | 550 zł |
| 28 | Świadczenie za pobyt w szpitalu spowodowane zawałem serca albo krwotokiem śródczaszkowym- płacone za pierwsze 14 dni pobytu w szpitalu, zaś od 15 dnia pobytu – w wartościach określonych w wierszu 29 Tabeli | 210 zł | 270 zł | 330 zł |
| 29 | Świadczenie za pobyt w szpitalu spowodowane chorobą | 70 zł | 90 zł | 110 zł |
| 30 | Świadczenie za pobyt w szpitalu spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem od 15 dnia pobytu w szpitalu | 70 zł | 90 zł | 110 zł |
| 31 | Świadczenie po pobycie w szpitalu- za każdy dzień zwolnienie lekarskiego – max 30 dni | 40,00zł | 50,00 zł | 60,00 zł |
| 32 | Pobyt na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii – jednorazowe świadczenie | 700 zł | 850 zł | 1 000 zł |
| 33 | Świadczenie dla osoby upoważnionej – prawo do odbioru produktów w aptece | 200 zł | 300 zł | 400 zł |
| 34 | Leczenie specjalistyczne | 3 000 zł | 4 000 zł | 5 000 zł |