



**Szpital Wielospecjalistyczny**  
**im. dr. Ludwika Błażka**  
**w Inowrocławiu**  
**88-100 Inowrocław, ul. Poznańska 97**  
województwo kujawsko-pomorskie  
Regon 092358780 NIP 556-22-39-217 KRS 0000002494  
Dział Zamówień Publicznych  
tel./fax 52/35-45-587 ; centrala tel./fax 52/354-55-00



Inowrocław, 26.01.2023r.

EZP 29/2023

**Wszyscy Wykonawcy**  
**biorący udział w postępowaniu**

**Dotyczy zamówienia publicznego pn. Grupowe ubezpieczenie pracowników, ich współmałżonków lub partnerów życiowych oraz pełnoletnich dzieci pracowników Szpitala Wielospecjalistycznego im dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu.**

Zamawiający działając na podst. Art. 135 ust.1,2 ustawy z dnia 11 września 2019r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 Poz.2019), przedstawia poniżej wyjaśnienia do zadanych pytań:

**Pytanie nr 1:**

Wykonawca wnioskuję o zmianę terminu wykonywania umowy z 36 miesięcy na 12 miesięcy lub na 24 miesiące.

**Odpowiedź:**

Zamawiający nie wyraża zgody.

**Pytanie nr 2:**

Wykonawca prosi o wyrażenie zgody na stosowanie ograniczeń odpowiedzialności dla Ubezpieczonych po ukończeniu 70 roku życia zgodnie z OWU wykonawcy.

**Odpowiedź:**

Zamawiający nie wyraża zgody.

**Pytanie nr 3:**

Wykonawca prosi o zgodę na poniższe:

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje zdarzeń związanych z udziałem w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o wysokim stopniu ryzyka, przy czym za zajęcia takie uważa się: nurkowanie, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, rafting, kajakarstwo górskie, wykonywanie skoków spadochronowych lub skoków na bungee, uprawianie sportów lotniczych (jako pilot lub pasażer statku powietrznego), uprawianie sportów motorowych, sportów motorowodnych lub sportów walki, udziału w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, wodnych, powietrznych oraz w przygotowaniach do nich.

**Odpowiedź:**

Zamawiający dopuszcza w SWZ, aby ochrona ubezpieczeniowa nie obejmowała odpowiedzialności za zdarzenia, które miały miejsce w następstwie lub w związku z uprawianiem sportów ekstremalnych takich jak sporty motorowe, motorowodne, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, paralotniarstwo, spadochroniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty lotnicze lub w związku z czynnym udziałem w wyścigach lub rajdach motorowych, motorowodnych i motokrosowych. Brak zgody na zmianę zapisu.



4



**Szpital Wielospecjalistyczny  
im. dr. Ludwika Błażka  
w Inowrocławiu**

**88-100 Inowrocław, ul. Poznańska 97**

województwo kujawsko-pomorskie

Regon 092358780 NIP 556-22-39-217 KRS 0000002494

Dział Zamówień Publicznych

tel./fax 52/35-45-587 ; centrala tel./fax 52/354-55-00



**Pytanie nr 4:**

Wykonawca prosi o zgodę na poniższe:

W przypadku zgonu Ubezpieczonego Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia określonego, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpi w wyniku samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie pierwszych 12 miesięcy od objęcia go ubezpieczeniem (do okresu tego zalicza się również czas przez jaki Ubezpieczony objęty był ubezpieczeniem w ramach innej umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej przez Ubezpieczającego, z której zrezygnował bezpośrednio przed objęciem ubezpieczeniem w ramach niniejszej umowy ubezpieczenia).

**Odpowiedź:**

Zamawiający pozostaje przy następującym zapisie SWZ: „9. Zapisy OWU Wykonawcy dotyczące wyłączenia odpowiedzialności w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa w okresie 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia nie mają zastosowania, jeżeli osoba ubezpieczona przed przystąpieniem do niniejszej umowy ubezpieczenia była objęta grupowym ubezpieczeniem na życie u Ubezpieczającego z zachowaniem ciągłości ochrony oraz opłacania składki, a okres udzielanej ochrony na podstawie aktualnej oraz poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego trwał co najmniej 2 lata. Niniejszy zapis dotyczy wszystkich świadczeń związanych ze śmiercią ubezpieczonego, śmiercią małżonka lub partnera życiowego oraz śmiercią dziecka ubezpieczonego”.

**Pytanie nr 5:**

Wykonawca prosi o zgodę na poniższe:

w przypadku osób przystępujących przebywających na zwolnieniu lekarskim, odpowiedzialność Ubezpieczyciela wobec Ubezpieczonego do dnia powrotu do pracy będzie ograniczona wyłącznie do tych zdarzeń i kwot świadczeń, którymi Ubezpieczony był objęty i zrezygnował w ramach innej umowy ubezpieczenia zawartej przez Ubezpieczającego, pod warunkiem, że zdarzenia te objęte są także niniejszą umową ubezpieczenia.

**Odpowiedź:**

Zamawiający nie wyraża zgody.

**Pytanie nr 6:**

Wykonawca prosi o zmianę zapisów SWZ i wprowadzenie oświadczenia o stanie zdrowia na deklaracji przystąpienia.

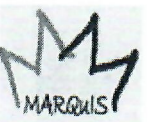
**Odpowiedź:**

Zamawiający nie wyraża zgody.

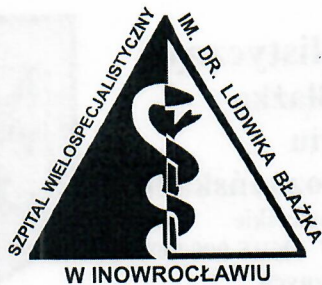
**Pytanie nr 7:**

Wykonawca prosi o zgodę na poniższe:

Osoba mająca zamiar zawrzeć umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia jest zobowiązana złożyć wniosek o zawarcie tej umowy i dokonać wpłaty na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej, nie później niż przed upływem trzech miesięcy, licząc od ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, za który została opłacona ostatnia składka ubezpieczeniowa w ramach umowy ubezpieczenia (grupowego). Za datę złożenia wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia uznaje się dzień przekazania go ubezpieczycielowi.



4



**Szpital Wielospecjalistyczny**  
**im. dr. Ludwika Błażka**  
**w Inowrocławiu**  
**88-100 Inowrocław, ul. Poznańska 97**  
województwo kujawsko-pomorskie  
Regon 092358780 NIP 556-22-39-217 KRS 0000002494  
**Dział Zamówień Publicznych**  
tel./fax 52/35-45-587 ; centrala tel./fax 52/354-55-00



**Odpowiedź:**

Zamawiający nie wyraża zgody.

**Pytanie nr 8:**

Wykonawca prosi o potwierdzenie czy Zamawiający uzna za spełniony warunek jeśli zamiast świadczenia z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu zostanie zaofertowane świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego?

**Odpowiedź:**

Zamawiający nie potwierdza powyższego.

**Pytanie nr 9:**

Wykonawca prosi o potwierdzenie czy Zamawiający uzna za spełniony warunek jeśli zamiast pobytu ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru zostanie zaofertowane świadczenie leczenia szpitalne ubezpieczonego wskutek zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego?

**Odpowiedź:**

Zamawiający nie potwierdza powyższego.

**Pytanie nr 10:**

Czy Zamawiający uzna za spełnienie warunku zaofertowania świadczenia *trwała niezdolność do pracy*, jeśli w jego miejsce zostanie dodane świadczenie: *całkowita trwała niezdolność do pracy wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku* zgodnie z definicją:

*„Niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy w dowolnym zawodzie trwająca co najmniej przez okres 12 miesięcy; całkowita trwała niezdolność do pracy określana jest przez Ubezpieczyciela po upływie okresu wskazanego powyżej, na podstawie dokumentacji medycznej potwierdzającej całkowitą i trwałą charakter niezdolności do pracy, co oznacza niemożność wykonywania przez Ubezpieczonego w przewidywalnej przyszłości jakiejkolwiek pracy lub działalności, z tytułu której mógłby otrzymywać wynagrodzenie lub która przynosiłaby dochód.”*

**Odpowiedź:**

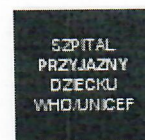
Zamawiający dopuszcza wprowadzenie w miejsce świadczenia „trwała niezdolność do pracy” świadczenia „całkowita trwała niezdolność do pracy wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z powyższą definicją.

**Pytanie nr 11:**

Wykonawca prosi o potwierdzenie czy Zamawiający uzna za spełniony warunek jeśli zamiast leczenia na OIOM płatnego w formie ryczałtowej zaofertowane zostanie świadczenie leczenia na OIOM płatne za dzień pobytu (przez pierwsze 14 dni) w wysokości równej leczeniu ubezpieczonego w szpitalu (w chorobie)?

**Odpowiedź:**

Zamawiający nie potwierdza powyższego.



A



**Szpital Wielospecjalistyczny  
im. dr. Ludwika Błażka  
w Inowrocławiu**

**88-100 Inowrocław, ul. Poznańska 97**

województwo kujawsko-pomorskie

Regon 092358780 NIP 556-22-39-217 KRS 0000002494

Dział Zamówień Publicznych

tel./fax 52/35-45-587 ; centrala tel./fax 52/354-55-00



**Pytanie nr 12:**

Czy Zamawiający uzna za spełnienie warunku zaofertowania świadczenia *rekonwalescencji*, jeśli w jego miejsce zostanie dodane świadczenie: *czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego (świadczenie dzienne)*, wypłacane na zasadach:

„Świadczenie z tytułu *czasowej niezdolności do pracy przysługuje Ubezpieczonemu w przypadku wystąpienia nieprzerwanej czasowej niezdolności do pracy trwającej dłużej niż 30 dni, udokumentowanej zwolnieniem lekarskim potwierdzającym fakt zaistnienia tej niezdolności. Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy jest wypłacane za okres od 31 dnia niezdolności, pod warunkiem że okres czasowej niezdolności do pracy rozpoczął się po rozpoczęciu odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do Ubezpieczonego. Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy jest wypłacane najdłużej za 150 dni w ciągu roku liczonego od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia i każdej kolejnej rocznicy polisy.*”

**Odpowiedź:**

Zamawiający nie potwierdza powyższego.

**Pytanie nr 13:**

Wykonawca wnosi o umożliwienie zastosowania katalogu leczenia specjalistycznego zgodnie z OWU Wykonawcy, tj.:

- 1) chemioterapia lub radioterapia;
- 2) leczenie immunologiczne;
- 3) wszczepienie kardiowertera/defibrylatora;
- 4) wszczepienie rozrusznika serca;
- 5) ablacja;
- 6) leczenie biologiczne.

**Odpowiedź:**

Zamawiający nie wyraża zgody.

**Pytanie nr 14:**

Czy Zamawiający wyraża zgodę, aby wskazaną w tabeli kwotę dot. leczenia specjalistycznego traktować, jako podstawową sumę ubezpieczenia, od której będzie naliczane świadczenie należne ubezpieczonemu w razie wystąpienia określonego leczenia specjalistycznego, zgodnie z definicjami i zasadami określonymi w ogólnych warunkach Wykonawcy?

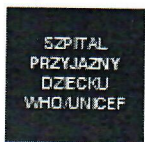
**Odpowiedź:**

Zamawiający nie wyraża zgody.

**Pytanie nr 15:**

Wykonawca prosi o zgodę na poniższe:

Jeżeli leczenie szpitalne Ubezpieczonego było spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, za każdy dzień leczenia szpitalnego w okresie pierwszych 14 dni, wykonawca wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia, jeżeli leczenie szpitalne Ubezpieczonego trwało nieprzerwanie dłużej niż 1 pełny dzień kalendarzowy i o ile leczenie szpitalne rozpoczęło się i trwało w okresie odpowiedzialności.



4



**Szpital Wielospecjalistyczny**  
**im. dr. Ludwika Błażka**  
**w Inowrocławiu**  
**88-100 Inowrocław, ul. Poznańska 97**  
województwo kujawsko-pomorskie  
Regon 092358780 NIP 556-22-39-217 KRS 0000002494  
**Dział Zamówień Publicznych**  
tel./fax 52/35-45-587 ; centrala tel./fax 52/354-55-00



### Odpowiedź:

Zamawiający nie wyraża zgody.

### Pytanie nr 16:

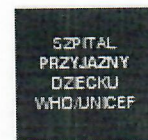
Wykonawca wnosi o umożliwienie zastosowania katalogu jednostek poważnych zachorowań ubezpieczonego, małżonka i dziecka zgodnie z OWU Wykonawcy tj.:

Poważne zachorowania Ubezpieczonego:

1. zawał mięśnia sercowego,
2. operacyjne wykonanie pomostów naczyniowych (by-pass),
3. udar mózgu,
4. nowotwór złośliwy,
5. niewydolność nerek,
6. przeszczep narządu,
7. utrata wzroku,
8. paraliż,
9. poparzenie,
10. stwardnienie rozsiane,
11. przeszczep zastawki serca,
12. operacja aorty,
13. utrata mowy,
14. śpiączka,
15. utrata słuchu,
16. utrata kończyn,
17. łagodny guz mózgu,
18. piorunujące wirusowe zapalenie wątroby,
19. przewlekła niewydolność oddechowa,
20. toczeń rumieniowaty układowy,
21. niedokrwistość aplastyczna,
22. zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji krwi,
23. choroba Parkinsona,
24. dystrofia mięśniowa,
25. schyłkowa niewydolność wątroby,
26. choroba neuronu ruchowego,
27. pierwotne nadciśnienie płucne,
28. kleszczowe wirusowe zapalenie mózgu,
29. posocznica (sepsa),
30. choroba Crohna,
31. choroba Alzheimerera,
32. ciężki uraz głowy (będący następstwem nieszczęśliwego wypadku),
33. utrata możliwości samodzielnej egzystencji.

Poważne zachorowania małżonka/partnera oraz dziecka:

1. zawał mięśnia sercowego,



h



**Szpital Wielospecjalistyczny  
im. dr. Ludwika Błażka  
w Inowrocławiu**

**88-100 Inowrocław, ul. Poznańska 97**

województwo kujawsko-pomorskie

Regon 092358780 NIP 556-22-39-217 KRS 0000002494

Dział Zamówień Publicznych

tel./fax 52/35-45-587 ; centrala tel./fax 52/354-55-00



2. operacyjne wykonanie pomostów naczyniowych (by-pass),
3. udar mózgu,
4. nowotwór złośliwy,
5. niewydolność nerek,
6. przeszczep narządu,
7. utrata wzroku,
8. paraliż,
9. poparzenie,
10. stwardnienie rozsiane,
11. przeszczep zastawki serca,
12. operacja aorty,
13. utrata mowy,
14. śpiączka,
15. utrata słuchu,
16. utrata kończyn,
17. łagodny guz mózgu,
18. piorunujące wirusowe zapalenie wątroby.

**Odpowiedź:**

Zamawiający nie wyraża zgody.

**Pytanie nr 17:**

Wykonawca prosi o uznanie za równoważną następującą definicję udaru mózgu:

„udar mózgu - spowodowany incydem naczyniowo - mózgowym obejmującym:

- a) zawał tkanki mózgowej,
- b) krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy,
- c) zator materiałem pozaczaszkowym; i skutkującym utrzymywaniem się utrwalonych ubytków neurologicznych przez okres dłuższy niż 3 miesiące (wymóg ten nie ma zastosowania w odniesieniu do świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego w następstwie udaru mózgu).

Przebycie przez Ubezpieczonego udaru mózgu powinno zostać potwierdzone wynikami badań obrazowych. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: przemijający atak niedokrwienny (TIA), objawy mózgowo wywołane czynnikami urazowymi lub migreną bądź objawy wynikające z przyczyn naczyniowych związanych z chorobą mózgu”

**Odpowiedź:**

Zamawiający dopuszcza wprowadzenie jako równoważnej powyższej definicji udaru mózgu.

**Pytanie nr 18:**

Wykonawca prosi o uznanie za równoważną następującą definicję zawału serca:

„zawał mięśnia sercowego - jednoznacznie rozpoznana została martwica części mięśnia sercowego w wyniku ostrego niedokrwienia oraz wystąpiły:

- a) typowy ból dławicowy stwierdzony w wywiadzie,
- b) nowe, niewystępujące dotychczas, zmiany w obrazie EKG charakterystyczne dla nowo przebytego zawału mięśnia sercowego,





**Szpital Wielospecjalistyczny**  
**im. dr. Ludwika Błażka**  
**w Inowrocławiu**  
**88-100 Inowrocław, ul. Poznańska 97**  
województwo kujawsko-pomorskie  
Regon 092358780 NIP 556-22-39-217 KRS 0000002494  
**Dział Zamówień Publicznych**  
tel./fax 52/35-45-587 ; centrala tel./fax 52/354-55-00



c) *charakterystyczny wzrost aktywności biomarkerów sercowych typowych dla nowo przebytego zawału mięśnia sercowego,*  
d) *istotnie obniżona frakcja wyrzutowa lewej komory serca, poniżej 45% (wg pomiaru uzyskanego w okresie co najmniej 3 miesięcy od daty zdarzenia) lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości ściany serca stwierdzone w badaniach obrazowych”*

**Odpowiedź:**

Zamawiający nie wyraża zgody.

**Pytanie nr 19:**

Wykonawca prosi o zaakceptowanie okresów karencji zgodnych z OWU Wykonawcy.

**Odpowiedź:**

Zamawiający nie wyraża zgody.

**Pytanie nr 20:**

Wykonawca prosi o podanie wskaźnika szkodowości z dotychczasowej umowy ubezpieczenia

**Odpowiedź:**

Zamawiający informuje, że nie posiada informacji na temat poziomu aktualnej szkodowości obecnie trwających umów ubezpieczenia grupowego u Zamawiającego.

**Pytanie nr 21:**

Czy Zamawiający wyraża zgodę, aby wskazaną w tabeli kwotę dot. leczenia specjalistycznego traktować, jako podstawową sumę ubezpieczenia, od której będzie naliczane świadczenie należne ubezpieczonemu w razie wystąpienia określonego leczenia specjalistycznego, zgodnie z definicjami i zasadami określonymi w ogólnych warunkach Wykonawcy?

**Odpowiedź:**

Zamawiający nie wyraża zgody.

**Pytanie nr 22:**

Wykonawca wnioskuje o możliwość włączenia wyłączeń ochrony zgodnie z OWU Wykonawcy.

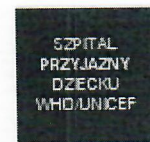
**Odpowiedź:**

Zamawiający nie wyraża zgody. Dodatkowo Zamawiający informuje, że wyłączenia w OWU Wykonawcy mają zastosowanie, o ile nie zostały zniesione lub zmienione postanowieniami SWZ i programu ubezpieczenia, zgodnie z zapisem w pkt. 23 Programu ubezpieczenia:

„Wszelkie postanowienia SWZ i programu ubezpieczenia korzystniejsze od postanowień przywołanych przez OWU wyłączają zapisy OWU. W przypadku rozbieżności pomiędzy zapisami OWU Wykonawcy a SWZ oraz programu ubezpieczenia, pierwszeństwo mają zapisy SWZ. Zapisy OWU korzystniejsze niż postanowienia SWZ i niniejszego programu ubezpieczenia mają zastosowanie. W sprawach nieuregulowanych w SWZ zastosowanie mają postanowienia OWU Wykonawcy.”

**Pytanie nr 23:**

W związku z wymogiem przyjęcia do ubezpieczenia osób nieaktywnych (przebywających na urlopach bezpłatnych, macierzyńskich, wychowawczym, L4, w szpitalu lub mają orzeczoną trwałą niezdolność do





**Szpital Wielospecjalistyczny  
im. dr. Ludwika Błażka  
w Inowrocławiu**

**88-100 Inowrocław, ul. Poznańska 97**

województwo kujawsko-pomorskie

Regon 092358780 NIP 556-22-39-217 KRS 000002494

Dział Zamówień Publicznych

tel./fax 52/35-45-587 ; centrala tel./fax 52/354-55-00



pracy/służby przez właściwy organ rentowy) Wykonawca prosi o potwierdzenie liczby osób, których aktualnie dotyczy ten zapis w podziale na urlop bezpłatny, macierzyński, wychowawczy, zwolnienie lekarskie, pobyt w szpitalu oraz niezdolność do pracy.

**Odpowiedź:**

Zamawiający potwierdza osoby nieaktywne na dzień 31.12.2022 r. przebywające na :

- L4 – 45 osób
- opieka nad członkiem rodziny – 1 osoba (w tym 1 osoba leczenie szpitalne)
- opieka nad zdrowym dzieckiem – 3 osoby
- świadczenie rehabilitacyjne – 2 osoby
- urlop wychowawczy – 6 osób
- urlop rodzicielski – 10 osób
- urlop macierzyński – 4 osoby
- urlop bezpłatny – 0

**Pytanie nr 24:**

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

**Odpowiedź:**

Zamawiający wyraża zgodę na podpisanie przesłanego oświadczenia.

**Pytanie nr 25:**

Projekt umowy § 7 ust. 1 oraz 2.- Wykonawca prosi o potwierdzenie, że podana wysokość obsługi oraz kurtażu stanowi wartość brutto.

**Odpowiedź:**

Zamawiający potwierdza powyższe.

**Pytanie nr 26:**

Załącznik nr 6, OPZ, Część I pkt 19; Załącznik nr 4, Projektowane postanowienia umowy § 4 ust. 5 - czy Zamawiający zgodzi się na modyfikację zapisu, Za datę wpłaty składki przyjmuje się datę wykonania polecenia przelewu.” na następujący: Składkę uważa się za opłaconą z chwilą uznania rachunku bankowego wskazanego przez Wykonawcę. Zapis ten zapewni prawidłową obsługę ubezpieczenia i nie spowoduje opóźnień w wypłacie świadczeń dla wszystkich ubezpieczonych w tej grupie.

**Odpowiedź:**

Zamawiający nie wyraża zgody. Jednocześnie Zamawiający informuje, iż przelewy wykonywane są zazwyczaj z kilkudniowym wyprzedzeniem.







**Szpital Wielospecjalistyczny**  
**im. dr. Ludwika Błażka**  
**w Inowrocławiu**  
**88-100 Inowrocław, ul. Poznańska 97**  
województwo kujawsko-pomorskie  
Regon 092358780 NIP 556-22-39-217 KRS 0000002494  
**Dział Zamówień Publicznych**  
tel./fax 52/35-45-587 ; centrala tel./fax 52/354-55-00



**Pytanie nr 27:**

Załącznik nr 4, Projektowane postanowienia umowy § 4 ust. 3 - Czy Zamawiający zgodzi się na rozszerzenie zapisu na następujący: W przypadku, gdy dzień płatności tak określony przypadnie w dzień świąteczny lub wolny od pracy u Zamawiającego, wpływ na konto Wykonawcy nastąpi najpóźniej w ostatnim dniu roboczym miesiąca, którego dotyczy (realizacja nastąpi w najbliższym dniu roboczym po tym terminie, pod warunkiem, że nie będzie to dzień kolejnego miesiąca). Zapis ten zapewni prawidłową obsługę ubezpieczenia i nie spowoduje opóźnień w wypłacie świadczeń dla wszystkich ubezpieczonych w tej grupie.

**Odpowiedź:**

Zamawiający wyraża zgodę.

**Pytanie nr 28:**

Załącznik nr 4, Projektowane postanowienia umowy § 5 - Czy Zamawiający zgodzi się, aby obsługa ubezpieczenia była realizowana elektronicznie przy wykorzystaniu systemu, który Wykonawca zobowiązuje się udostępnić bezpłatnie? Wówczas deklaracje osób przystępujących do ubezpieczenia rejestrowane byłyby w elektronicznym systemie informatycznym do końca miesiąca poprzedzającego początek odpowiedzialności i za jego pośrednictwem wysyłane Wykonawcy, podpisane oryginały deklaracji przystąpienia byłyby przekazywane Wykonawcy w celu dokonania ich archiwizacji. Również wykazy osób przystępujących do ubezpieczenia oraz wykazy osób występujących z ubezpieczenia byłyby rejestrowane w systemie informatycznym.

**Odpowiedź:**

Zamawiający wyraża zgodę.

**Pytanie nr 29:**

Zał. nr 6, OPZ – Program Ubezpieczenia, punkt I.7 – Czy Zamawiający wyrazi zgodę na doprecyzowanie, zgodnie z którym przyczyny, o których mowa we wskazanym punkcie powinny wydarzyć się w okresie obowiązywania poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego na życie obejmującej odpowiedzialnością ubezpieczonych?

**Odpowiedź:**

Zamawiający informuje, iż ochrona ubezpieczeniowa obejmuje zdarzenia, których przyczyny (wypadki lub choroby) miały miejsce przed początkiem okresu ubezpieczenia na podstawie niniejszego postępowania przetargowego (zniesiony zostaje pre-existing). Powyższe dotyczy osób które były ubezpieczone w poprzedniej umowie ubezpieczenia u Ubezpieczającego i przeszły do nowej umowy z zachowaniem ciągłości opłaty składki.

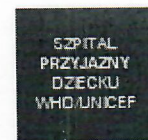
**Pytanie nr 30:**

Zał. nr 6, OPZ – Program Ubezpieczenia, punkt I.13 Prośba do Zamawiającego o podanie wieku (w latach kalendarzowych) najstarszego ubezpieczonego obecnie pracownika oraz małżonka / partnera życiowego pracownika.

**Odpowiedź:**

Wiek najstarszego ubezpieczonego pracownika na dzień 26.01.2023 r – 1943 r.

Wiek najstarszego współubezpieczonego na dzień 26.01.2023 r. – 1952 r.





**Szpital Wielospecjalistyczny  
im. dr. Ludwika Błażka  
w Inowrocławiu**

**88-100 Inowrocław, ul. Poznańska 97**

województwo kujawsko-pomorskie

Regon 092358780 NIP 556-22-39-217 KRS 0000002494

**Dział Zamówień Publicznych**

tel./fax 52/35-45-587 ; centrala tel./fax 52/354-55-00



**Pytanie nr 31:**

Załącznik nr 6, OPZ – Program Ubezpieczenia, punkt I.23 - Wykonawca prosi o potwierdzenie (lub wnosi o taką zasadę) że nie jest w ramach pakietu obligatoryjnego zobligowany do zaoferowania w Ofercie innych świadczeń, niż te wskazane w SWZ.

**Odpowiedź:** Zamawiający potwierdza powyższe.

**Pytanie nr 32:**

Załącznik nr 6, OPZ – Program Ubezpieczenia, punkt I.32.2 Czy Zamawiający byłby skłonny przyjąć zawartą w ogólnych warunkach Wykonawcy zasadę, zgodnie z którą w przypadku zajęcia kilku ściśle określonych rodzajów leczenia (np. radioterapii, chemioterapii oraz innych wymienionych w ogólnych warunkach rodzajów radioterapii) można byłoby wypłacić wyłącznie jedno świadczenie?

**Odpowiedź:**

Zamawiający wyraża zgodę.

**Pytanie nr 33:**

Załącznik nr 6, OPZ – Program Ubezpieczenia, punkt I.32.5 Czy Zamawiający byłby skłonny przyjąć jako równoważną, następującą doprecyzowującą definicję Wykonawcy:

OAiT – Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, który jest wyodrębniony organizacyjnie jako osobny oddział w strukturach szpitala i wyposażony w sprzęt, który umożliwi stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych oraz podjęcie czynności zastępczych niewydolnych narządów lub układów.

**Odpowiedź:**

Zamawiający nie wyraża zgody.

**Pytanie nr 34:** Załącznik nr 6, OPZ – Program Ubezpieczenia, punkt I.32.6 oraz I.32.8 Czy Zamawiający byłby skłonny zgodzić się, że operacja chirurgiczna oraz pobyt w szpitalu powinny zostać przeprowadzone / odbyć się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej?

**Odpowiedź:**

Zamawiający nie wyraża zgody.

**Pytanie nr 35:**

Załącznik nr 6, OPZ – Program Ubezpieczenia, punkt I.32.9, 32.10 oraz 32.11 Wykonawca uprzejmie informuje, że wprowadził nowe wersje ogólnych warunków, uwzględniające najbardziej aktualną wiedzę medyczną oraz zalecenia urzędu nadzoru. W związku z tym dokonał modyfikacji szeregu zapisów i w związku z tym prosi uprzejmie o zgodę na to, aby w zakresie nazw i definicji jednostek chorobowych mógł przedstawić swoje definicje – w ramach stosownej klauzuli Wykonawca wykazałby, która jednostka chorobowa z OPZ odpowiada chorobie określonej w ogólnych warunkach a w przypadku chorób nie występujących w jego warunkach – przyjąłby definicje Zamawiającego. W celu pełnej jasności interpretacyjnej Wykonawca załącza stosowne warunki.





**Szpital Wielospecjalistyczny  
im. dr. Ludwika Błażka  
w Inowrocławiu**  
**88-100 Inowrocław, ul. Poznańska 97**  
województwo kujawsko-pomorskie  
Regon 092358780 NIP 556-22-39-217 KRS 0000002494  
**Dział Zamówień Publicznych**  
tel./fax 52/35-45-587 ; centrala tel./fax 52/354-55-00



#### Odpowiedź:

Zamawiający wyraża zgodę na stosowanie nazw i definicji jednostek chorobowych wskazanych w ogólnych warunkach ubezpieczenia Wykonawcy jako równoważnych z tymi, które znajdują się w Programie Ubezpieczenia – punkt I.32.9, 32.10 oraz 32.11. Jednocześnie zastosowanie będzie miał zapis Programu Ubezpieczenia – punkt I.23 o treści: „Wszelkie postanowienia SWZ i programu ubezpieczenia korzystniejsze od postanowień przywołanych przez OWU wyłączają zapisy OWU. W przypadku rozbieżności pomiędzy zapisami OWU Wykonawcy a SWZ oraz programu ubezpieczenia, pierwszeństwo mają zapisy SWZ. Zapisy OWU korzystniejsze niż postanowienia SWZ i niniejszego programu ubezpieczenia mają zastosowanie. W sprawach nieuregulowanych w SWZ zastosowanie mają postanowienia OWU Wykonawcy.”

#### Pytanie nr 36:

Zał. nr 6, OPZ – Program Ubezpieczenia, punkt 32.27 Czy Wykonawca przyjmie jako równoważną poniższą definicje zgodne z OWU wykonawcy?

wypadek komunikacyjny – nieszczęśliwy wypadek:

- 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,
- 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,
- 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,
- 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.

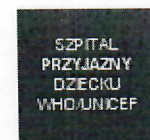
#### Odpowiedź:

Zamawiający wyraża zgodę.

#### Pytanie nr 37:

Zał. nr 6, OPZ – Program Ubezpieczenia, punkt 32.25 (definicja udaru mózgu dla ryzyk innych niż poważne zachorowanie) – Czy Zamawiający byłby skłonny przyjąć, jako równoważne, następującą doprecyzowującą definicję Wykonawcy:

- W przypadku ryzyka śmierci wskutek udaru mózgu:





**Szpital Wielospecjalistyczny  
im. dr. Ludwika Błażka  
w Inowrocławiu**

**88-100 Inowrocław, ul. Poznańska 97**

województwo kujawsko-pomorskie

Regon 092358780 NIP 556-22-39-217 KRS 0000002494

**Dział Zamówień Publicznych**

tel./fax 52/35-45-587 ; centrala tel./fax 52/354-55-00



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, z wyjątkiem przyczyn naczyniowych spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi. Nie ponosimy odpowiedzialności za udar, jeżeli przed początkiem odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego zdiagnozowano udar mózgu, przemijające niedokrwienie mózgu tzw. TIA, miażdżycę naczyń mózgowych.

- W przypadku trwałego uszczerbku w wyniku udaru mózgu:

Udar mózgu, który jest nagłym, ogniskowym lub uogólnionym zaburzeniem czynności mózgu spowodowanym wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany, które spowodowało trwały ubytek neurologiczny. Odpowiadamy wyłącznie za taki udar mózgu, w którym:

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

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

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

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

- W przypadku pobytu w szpitalu wskutek udaru mózgu:

Udar mózgu, który jest nagłym, ogniskowym lub uogólnionym zaburzeniem czynności mózgu spowodowanym wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany. Odpowiadamy wyłącznie za taki udar mózgu, w którym:

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

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

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

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

**Odpowiedź:**

Zamawiający nie wyraża zgody.

**Pytanie nr 38:**

Zał. nr 6, OPZ – Program Ubezpieczenia, punkt 32.28 – Wykonawca zwraca się z prośbą o możliwość zastosowania jako równoległych, definicji „zawału serca” zawartych w ramach swoich ogólnych warunków - w przypadku trwałego uszczerbku w wyniku zawału serca oraz pobytu w szpitalu wskutek zawału serca:

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

a) kliniczne objawy niedokrwienia mięśnia sercowego,

b) nowe niedokrwienne zmiany w EKG,





**Szpital Wielospecjalistyczny**  
**im. dr. Ludwika Błażka**  
**w Inowrocławiu**  
**88-100 Inowrocław, ul. Poznańska 97**  
województwo kujawsko-pomorskie  
Regon 092358780 NIP 556-22-39-217 KRS 000002494  
**Dział Zamówień Publicznych**  
tel./fax 52/35-45-587 ; centrala tel./fax 52/354-55-00



c) nowy ubytek żywnotnego mięśnia sercowego w badaniach obrazowych lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej,  
d) skrzeplina w tętnicy wieńcowej stwierdzona w koronarografii.

Odpowiadamy również za zawał związany z zabiegiem na tętnicach wieńcowych, o ile w badaniach obrazowych stwierdzono nowy ubytek żywnotnego 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.

**Odpowiedź:**

Zamawiający nie wyraża zgody.

**Pytanie nr 39:**

OPZ, część I, 32.6 – operacje chirurgiczne - Czy Zamawiający dopuszcza doprecyzowanie zapisu, że w uzasadnionych przypadkach Wykonawca będzie mógł prosić o dodatkową dokumentację medyczną, niezbędna do ustalenia odpowiedzialności.

**Odpowiedź:**

Zamawiający wyraża zgodę.

Z poważaniem

**KIEROWNIK DZIAŁU**  
**Zamówień Publicznych**  
**Ewa Sempowicz**

