



## SZCZEGÓŁOWE WARUNKI ZAMÓWIENIA

### I. Podstawowe dane:

Stan na miesiąc grudzień 2021 r.	Liczba
Pracownicy ogółem	312
Struktura zawodowo-wiekowa pracowników	Załącznik nr 2 do SWZ
Pracownicy posiadający ochronę ubezpieczeniową w ramach ubezpieczeń grupowych (powyżej 68. roku życia)	241 (0)
Członkowie rodzin posiadający ochronę ubezpieczeniową w ramach ubezpieczeń grupowych na prawach pracownika (powyżej 68. roku życia)	41 (0)

### II. Przedmiot ubezpieczenia:

#### A. **PAKIET I – UBEZPIECZENIE GRUPOWE NA ŻYCIE**

- Wykonawca akceptuje niezmienność 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. Zamawiający zastrzega, iż u Zamawiającego będą funkcjonować jednocześnie PIĘĆ GRUP ubezpieczenia. Zakres ubezpieczenia, sumy ubezpieczenia i wysokość świadczeń dla ubezpieczonych w danej GRUPIE Zamawiający określa w tabelach świadczeń.



O wyborze Grupy decydują osoby do niej przystępujące, z zastrzeżeniem, że do każdego wariantu przystąpi co najmniej 15 osób uprawnionych (wymóg liczebności nie odnosi się do jednostek posiadających mniejsze zatrudnienie).

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 90 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 radiojodem, dializoterapii, terapii interferonowej, wszczepienia kardiowertera (defibrylatora), wszczepienia rozrusznika serca, wykonania ablacji.

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 ciągu 3 miesięcy od uruchomienia nowej ochrony zawartej w drodze niniejszego postępowania dla pracowników Zamawiającego oraz w ciągu 3 miesięcy od daty zatrudnienia pracownika Zamawiającego.
16. **Ankiety medyczne dla członków rodzin pracowników** - Wykonawca nie będzie żądał wypełniania ankiet medycznych lub kwestionariuszy zdrowotnych od przystępujących do ubezpieczenia grupowego członków rodzin pracowników objętych ubezpieczeniem



grupowym w ramach umów zawartych przez Zamawiającego w dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

17. **Ciężkie choroby ubezpieczonego / oraz małżonka ubezpieczonego** – Wykonawca winien zastosować najszerszy katalog funkcjonujący w dniu składania oferty w Wykonawcy. Wykonawca wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w tabeli świadczeń.
18. **Ciężkie choroby dziecka Ubezpieczonego** – wystąpienie u dziecka Ubezpieczonego ciężkiej choroby według katalogu OWU Wykonawcy na dzień składania ofert, za które Wykonawca wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w tabeli świadczeń.
19. 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.

## **B. PAKIET II – UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE**

1. **Uprawnieni do ubezpieczenia** – do ubezpieczenia będą mieli prawo przystąpić pracownicy Zamawiającego oraz członkowie rodzin pracowników Zamawiającego, którzy w dniu składania deklaracji nie ukończyli 67 lat.
2. **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.
3. **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** – rozumiany jako wskazana w deklaracji przystąpienia ubezpieczonego podstawowego osoba nie będąca w formalnym związku małżeńskim, pozostająca z ubezpieczonym podstawowym - również nie będącym w formalnym związku małżeńskim - we wspólnym pożyciu; partner życiowy nie może być spokrewniony z ubezpieczonym podstawowym. Ubezpieczony podstawowy może wskazać partnera życiowego wyłącznie raz w danym roku polisowym. Wskazanie partnera życiowego obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym dokonano wskazania,
  - **pełnoletnie dziecko ubezpieczonego** w wieku do 25/26 roku życia.
4. Prawo przystąpienia do ubezpieczenia na warunkach zaproponowanych przez Wykonawcę dla pracowników winni mieć członkowie rodzin przystępującego do ubezpieczenia pracownika. Oferta dla członka rodziny musi zakładać identyczny zakres odpowiedzialności oraz wysokość składki ubezpieczeniowej jakie posiada pracownik.



- Składka ubezpieczeniowa za ubezpieczonego członka rodziny pracownika będzie opłacana z wynagrodzenia netto pracownika. Składka łączna będzie przekazywana przez Zamawiającego na wskazane przez Wykonawcę konto bankowe wyodrębnione dla każdej polisy.
5. Zamawiający zastrzega, iż u Zamawiającego będą funkcjonować jednocześnie II WARIANTY ubezpieczenia. Zakres ubezpieczenia dla ubezpieczonych w danym Wariacie Zamawiający określa w tabelach świadczeń. O wyborze Wariantu decydują osoby do niej przystępujące.
  6. Pracownik lub członek rodziny będzie mógł przystąpić do pakietu w dowolnym momencie trwania umowy z okresem obowiązywania ochrony i realizacji usług od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po zgłoszeniu.
  7. Pracownik lub członek rodziny będzie mógł przedterminowo zrezygnować z pakietu medycznego w dowolnym momencie obowiązywania umowy.
  8. Wymagany minimalny zakres ubezpieczenia Zamawiający określa w tabeli świadczeń.
  9. Każdy z wariantów powinien zawierać opcję indywidualną, partnerską oraz rodzinną.
    - A. **Opcja indywidualna (pakiet pracowniczy)** – pracownik;
      - a) **Opcja partnerska (pakiet partnerski)** – ubezpieczeni: pracownik + współmałżonek/partner życiowy lub jedno dziecko pracownika;
      - b) **Opcja rodzinna (pakiet rodzinny)** – ubezpieczeni: pracownik + współmałżonek/partner życiowy + wszystkie dzieci pracownika.
  10. 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.
  11. **Ankiety medyczne dla pracowników** – Wykonawca nie będzie żądał wypełniania ankiet medycznych lub kwestionariuszy zdrowotnych od przystępujących do ubezpieczenia grupowego pracowników.
  12. **Ankiety medyczne dla członków rodzin oraz partnerów życiowych pracowników** – Wykonawca nie będzie żądał wypełniania ankiet medycznych lub kwestionariuszy zdrowotnych od przystępujących do ubezpieczenia grupowego pracowników.

### **III. Zakres ubezpieczenia – tabela świadczeń:**

#### **A. PAKIET I – UBEZPIECZENIE GRUPOWE NA ŻYCIE**



Zakres ochrony ubezpieczeniowej winien obejmować następujące zdarzenia i wysokość świadczeń:

L.P.	Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego	GRUPA I	GRUPA II	GRUPA III	GRUPA IV	GRUPA V
		Wysokość wypłacanego świadczenia w PLN				
1.	Zgon ubezpieczonego	55 000	65 000	40 000	50 000	25 000
2.	Zgon ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ( <i>skumulowana wysokość świadczenia</i> )	137 500	162 500	100 000	125 000	62 500
3.	Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego ( <i>skumulowana wysokość świadczenia</i> )	192 500	227 500	140 000	175 000	87 500
4.	Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy ( <i>skumulowana wysokość świadczenia</i> )	192 500	227 500	140 000	175 000	87 500
5.	Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy ( <i>skumulowana wysokość świadczenia</i> )	330 000	390 000	240 000	300 000	150 000
6.	Zgon ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udarem mózgu ( <i>skumulowana wysokość świadczenia</i> )	123 750	146 250	90 000	112 500	56 250
7.	Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – świadczenie za 1% uszczerbku	550	650	450	500	1 000
8.	Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udarem mózgu - świadczenie za 1% uszczerbku	550	650	450	500	1 000
9.	Zgon małżonka ubezpieczonego	15 000	22 500	11 000	15 000	10 000
10.	Zgon małżonka ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ( <i>skumulowana wysokość świadczenia</i> )	30 000	45 000	22 000	30 000	20 000
11.	Zgon rodzica ubezpieczonego i rodzica małżonka ubezpieczonego	2 500	----	2 000	2 500	----
12.	Urodzenie się dziecka ubezpieczonemu	----	----	1 500	1 800	----
13.	Urodzenie martwego dziecka	----	----	3 000	3 600	----
14.	Zgon dziecka ubezpieczonego	6 000	7 000	4 000	5 000	4 000
15.	Zgon dziecka ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ( <i>skumulowana wysokość świadczenia</i> )	12 000	14 000	8 000	10 000	8 000
16.	Osierocenie dziecka – jednorazowe świadczenie dla każdego dziecka	6 000	9 000	4 000	5 000	4 000





L.P.	Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego	GRUPA I	GRUPA II	GRUPA III	GRUPA IV	GRUPA V
		Wysokość wypłacanego świadczenia w PLN				
17.	Ciężkie choroby Ubezpieczonego	7 000	12 000	5 000	6 000	15 000
18.	Ciężkie choroby Małżonka Ubezpieczonego	4 000	6 000	3 000	4 000	8 000
19.	Ciężkie choroby dziecka Ubezpieczonego	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500
20.	Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu spowodowany chorobą oraz powyżej 14-go dnia pobytu spowodowanego NW, wypadkiem komunikacyjnym, wypadkiem przy pracy, zawałem serca lub udarem mózgu	60	80	50	55	125
21.	Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu spowodowany NW – wypłacane za każdy dzień pobytu od 1-go do 14-go dnia ( <i>skumulowana wysokość świadczenia</i> )	180	240	150	165	375
22.	Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu spowodowany wypadkiem komunikacyjnym – wypłacane za każdy dzień pobytu od 1-go do 14-go dnia ( <i>skumulowana wysokość świadczenia</i> )	240	320	200	220	500
23.	Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu spowodowany wypadkiem przy pracy – wypłacane za każdy dzień pobytu od 1-go do 14-go dnia ( <i>skumulowana wysokość świadczenia</i> )	240	320	200	220	500
24.	Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu spowodowany wypadkiem komunikacyjnym przy pracy – wypłacane za każdy dzień pobytu od 1-go do 14-go dnia ( <i>skumulowana wysokość świadczenia</i> )	300	400	250	275	625
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> )	120	160	100	110	250
26.	Świadczenie dodatkowe za pobyt w szpitalu na OIT/OIOM	600	800	500	550	1 250
27.	Rekonwalescencja	30	40	25	28	63
28.	Operacje chirurgiczne - <i>suma ubezpieczenia:</i>	5 000	6 000	4 000	5 000	8 000
29.	Leczenie specjalistyczne	3 000	5 000	2 500	3 000	7 500
30.	Trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji	15 000	20 000	10 000	15 000	30 000
31.	Świadczenie apteczne	200	300	150	200	350

**B. PAKIET II – UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE****SUPRA BROKERS®**

54-118 Wrocław, Aleja Śląska 1, tel.071 77 70 400, faks 071 77 70 455, e-mail: centrala@suprabrokers.pl

Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej, VI Wydz. Gospod., nr KRS: 0000425834,

kapitał zakł.: 2.000.818,40 zł, NIP: 894-30-41-146, REGON 021916234

www.suprabrokers.pl



<b>GRUPA I</b>	
<b>Minimalny wymagany zakres świadczeń</b>	<b>DOSTĘPNOŚĆ</b>
<b>OPIEKA SPECJALISTYCZNA – (dostęp do min. 16 lekarzy specjalistów):</b>	
<b>Alergolog</b>	dostęp bezpłatny
<b>Chirurg ogólny</b>	dostęp bezpłatny
<b>Dermatolog</b>	dostęp bezpłatny
<b>Diabetolog</b>	dostęp bezpłatny
<b>Endokrynolog</b>	dostęp bezpłatny
<b>Gastrolog</b>	dostęp bezpłatny
<b>Ginekolog</b>	dostęp bezpłatny
<b>Kardiolog</b>	dostęp bezpłatny
<b>Nefrolog</b>	dostęp bezpłatny
<b>Neurolog</b>	dostęp bezpłatny
<b>Okulista</b>	dostęp bezpłatny
<b>Ortopeda</b>	dostęp bezpłatny
<b>Otolaryngolog</b>	dostęp bezpłatny
<b>Pulmonolog</b>	dostęp bezpłatny
<b>Urolog</b>	dostęp bezpłatny
<b>Reumatolog</b>	dostęp bezpłatny
<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE:</b>	<b>dostęp bezpłatny</b>
<b>badania biochemiczne:</b>	chlorki (Cl), dehydrogenaza mleczanowa (LDH), fosfataza kwasna całkowita, fosfataza sterczowa, żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC);
<b>badania serologiczne i immunologiczne:</b>	oznaczenie grupy krwi układu A, B, O, Rh (D) z oceną hemolizyn, odczyn Waalera-Rosego, przeciwciała przeciw HBs.;
<b>badania moczu:</b>	kreatynina w moczu;
<b>posiewy i bakteriologia:</b>	posiew z rany;
<b>badania czynnościowe:</b>	spirometria;
<b>badania z zakresu diagnostyki USG:</b>	USG gruczołu krokowego (przez powłoki brzuszne), USG ginekologiczne (przez powłoki brzuszne), USG ginekologiczne



<b>GRUPA I</b>	
<b>Minimalny wymagany zakres świadczeń</b>	<b>DOSTĘPNOŚĆ</b>
	(transwaginalne), USG scriningowe ginekologiczne, USG miednicy małej, USG piersi, USG tarczycy, USG ciąży;
<b>badania inne:</b>	cytologia wymazu z szyjki macicy
<b>przewodzenie ciąży</b>	<b>dostęp bezpłatny</b>
<b>OPIEKA STOMATOLOGICZNA</b>	
<b>przeгляд stomatologiczny</b>	min. bezpłatnie 1 x w roku
<b>stomatologia zachowawcza</b>	dostęp ze zniżką w wysokości minimum <b>20%</b> w stosunku do ceny usługi obowiązującej u świadczeniodawcy
<b>całodobowy dostęp do infolinii medycznej w nagłych przypadkach</b>	<b>TAK</b>

<b>GRUPA II</b>	
<b>Minimalny wymagany zakres świadczeń</b>	<b>DOSTĘPNOŚĆ / minimalny wykaz badań</b>
<b>OPIEKA PODSTAWOWA</b>	
<b>Lekarz rodzinny</b>	dostęp bezpłatny
<b>Internista (lekarz chorób wewnętrznych)</b>	dostęp bezpłatny
<b>Pediatra</b>	dostęp bezpłatny
<b>OPIEKA SPECJALISTYCZNA – (dostęp do min. 22 lekarzy specjalistów):</b>	
<b>Alergolog</b>	dostęp bezpłatny
<b>Chirurg ogólny</b>	dostęp bezpłatny
<b>Chirurg onkolog</b>	dostęp bezpłatny
<b>Dermatolog</b>	dostęp bezpłatny
<b>Diabetolog</b>	dostęp bezpłatny
<b>Endokrynolog</b>	dostęp bezpłatny
<b>Gastrolog</b>	dostęp bezpłatny
<b>Ginekolog</b>	dostęp bezpłatny
<b>Kardiolog</b>	dostęp bezpłatny
<b>Nefrolog</b>	dostęp bezpłatny
<b>Neurolog</b>	dostęp bezpłatny
<b>Okulista</b>	dostęp bezpłatny



<b>GRUPA II</b>	
<b>Minimalny wymagany zakres świadczeń</b>	<b>DOŚTĘPNOŚĆ / minimalny wykaz badań</b>
<b>Ortopeda</b>	dostęp bezpłatny
<b>Otolaryngolog</b>	dostęp bezpłatny
<b>Pulmonolog</b>	dostęp bezpłatny
<b>Urolog</b>	dostęp bezpłatny
<b>Reumatolog</b>	dostęp bezpłatny
<b>Anestezjolog</b>	dostęp bezpłatny
<b>Audiolog</b>	dostęp bezpłatny
<b>Hematolog</b>	dostęp bezpłatny
<b>Hepatolog</b>	dostęp bezpłatny
<b>Onkolog</b>	dostęp bezpłatny
<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE SPECJALISTYCZNE:</b>	<b>dostęp bezpłatny</b>
<b>badania hematologiczne i układu krzepnięcia:</b>	czas częściowej tromboplastyny po aktywacji/czas kaolinowo-kefalinowy (APTT), czas protrombinowy (PT), fibrynogen (FIBR), morfologia krwi z pełnym różnicowaniem granulocytów, morfologia krwi bez rozmazu, hematokryt, odczyn opadania krwinek czerwonych (OB), leukocyty, płytki krwi, retikulocyty;
<b>badania biochemiczne:</b>	albuminy, aminotransferaza alaninowa (ALT), aminotransferaza asparaginianowa (AST), amylaza, białko całkowite, białko C-reaktywne (CRP), bilirubina bezpośrednia, bilirubina całkowita, chlorki (Cl), cholesterol całkowity, cholesterol HDL, cholesterol LDL, czynnik reumatoidalny (RF), dehydrogenaza mleczanowa (LDH), fosfataza alkaliczna (AP), fosfataza kwaśna całkowita, fosfataza sterczowa, gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP), glukoza, hemoglobina glikowana (HbA1C), kinaza fosfokreatynowa, kreatynina, kwas moczowy, mocznik, potas (K), lipidogram, proteinogram, sód (Na), test



<b>GRUPA II</b>	
<b>Minimalny wymagany zakres świadczeń</b>	<b>DOŚTĘPNOŚĆ / minimalny wykaz badań</b>
	obciążenia glukozą, triglicerydy, wapń całkowity (Ca), żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC), żelazo (Fe);
<b>badania serologiczne i immunologiczne:</b>	antygen HBs, antystreptolizyna O (ASO), oznaczenie grupy krwi układu A, B, O, Rh (D) z oceną hemolizyn, odczyn Waalera-Rosego, odczyn VDRL (USR/RPR), przeciwciała przeciw HBs;
<b>badania hormonalne:</b>	hormon tyreotropowy (TSH);
<b>badania moczu:</b>	amylaza w moczu, badanie ogólne moczu (profil), białko w moczu, glukoza w moczu, kreatynina w moczu, wapń w moczu;
<b>badania kału:</b>	badanie ogólne kału, krew utajona w kale, pasożyty/jaja pasożytów w kale;
<b>posiewy i bakteriologia:</b>	posiew moczu z antybiogramem, posiew kału ogólny, posiew kału w kierunku Salmonella - Shigella, posiew z gardła, posiew z rany;
<b>badania czynnościowe:</b>	EKG spoczynkowe, spirometria;
<b>badania z zakresu diagnostyki RTG:</b>	<b>RTG:</b> czaszki, okolicy czołowej, żuchwy, szczęki, zatok nosa, nosa, oczodołu, okolicy nadoczodołowej, spojenia żuchwy, okolicy jarzmowo-szczękowej, krtani, przewodu nosowo-łzowego, nosogardzieli, gruczołów ślinowych, okolicy tarczycy, jęczyzka, tkanek miękkich klatki piersiowej, kręgosłupa (całego, szyjnego, piersiowego, lędźwiowo-krzyżowego), barku, łopatki, mostka, żeber, stawów, ramienia, łokcia, przedramienia, nadgarstka, dłoni, palca, kończyny górnej, kończyny dolnej, miednicy, biodra, uda, kolana, podudzia, kostki, stopy, przeglądowe jamy brzusznej;
<b>badania z zakresu diagnostyki USG:</b>	<b>USG:</b> gruczołu krokowego przez powłoki brzuszne, gruczołu krokowego transrektalne,



<b>GRUPA II</b>	
<b>Minimalny wymagany zakres świadczeń</b>	<b>DOŚTĘPNOŚĆ / minimalny wykaz badań</b>
	ginekologiczne przez powłoki brzuszne, ginekologiczne przez pochwową (transwaginalne), ginekologiczne, miednicy małej, piersi, przeglądowe jamy brzusznej i przewodu pokarmowego, układu moczowego, tarczycy, mięśni, stawów biodrowych, stawów kolanowych, stawów łokciowych, stawów skokowych, stawów barkowych, drobnych stawów i więzadeł, ścięgna, węzłów chłonnych, krtani, nadgarstka, palca, tkanek miękkich, ciąży;
<b>badania inne:</b>	cytologia wymazu z szyjki macicy
<b>Prowadzenie ciąży</b>	<b>dostęp bezpłatny</b>
<b>OPIEKA STOMATOLOGICZNA</b>	
<b>przeгляд stomatologiczny</b>	min. bezpłatnie 1 x w roku
<b>stomatologia zachowawcza</b>	dostęp ze zniżką w wysokości minimum <b>20%</b> w stosunku do ceny usługi obowiązującej u świadczeniodawcy
<b>szczepienia ochronne</b>	min. raz w roku przeciwko grypie sezonowej
	bez limitu anatoksyna przeciw tężcowi
<b>Całodobowy dostęp do infolinii medycznej w nagłych przypadkach</b>	<b>TAK</b>

#### **IV. Klauzule dodatkowe:**

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

#### **A. PAKIET I – UBEZPIECZENIE GRUPOWE NA ŻYCIE**

##### **1. Klauzula zniesienia ograniczeń czasowych warunkujących wypłatę świadczeń – OBLIGATORYJNA**

#### **SUPRA BROKERS®**



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 – OBLIGATORYJNA**

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 – OBLIGATORYJNA**

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 – OBLIGATORYJNA**

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 – OBLIGATORYJNA**

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 – OBLIGATORYJNA**
- 7. Udostępnianie informacji o szkodowości co najmniej w rocznych okresach ubezpieczenia lub na wniosek Zamawiającego lub Pełnomocnika Zamawiającego - OBLIGATORYJNA**
- 8. Klauzula obiegu dokumentów – OBLIGATORYJNA**

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 – OBLIGATORYJNA**

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 – OBLIGATORYJNA**

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.



**11. 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.

**12. 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 – 2 pkt,
- b) możliwość zgłaszania świadczeń w jednostkach Wykonawcy rozlokowanych na terenie Polski – 2 pkt.

**13. Gwarancja minimalnego katalogu operacji chirurgicznych - 2 pkt**

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

**14. 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**



15. **Gwarancja, że za operacje najłżejsze (najmniej skomplikowane pod względem medycznym) wypłata świadczenia będzie wynosić więcej niż 10% sumy ubezpieczenia – 1 pkt**
16. **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).
17. **Klauzula akwizycyjna rozszerzona – 3 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.
18. **Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność za pobyt ubezpieczonego w szpitalu o cały świat – 2 pkt**
19. **Gwarancja wypłaty świadczenia za pobyt ubezpieczonego w szpitalu za co najmniej 120 dni w roku polisowym – 2 pkt**
20. **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.

## **B. PAKIET II – UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE**

1. **Dostęp do placówek medycznych zlokalizowanych na terenie całej Polski – OBLIGATORYJNA**

**2. Gwarancja szybkiego dostępu do świadczeń zdrowotnych – OBLIGATORYJNA**

- gwarancja konsultacji lekarza rodzinnego oraz internisty maksymalnie do **dwóch dni roboczych**,
- gwarancja konsultacji lekarza specjalisty w ciągu maksymalnie do **pięciu dni roboczych**.

Gwarancja szybkiego dostępu nie obejmuje przypadków realizacji preferencji osób ubezpieczonych związanych z wyborem konkretnej placówki bądź specjalisty.

**3. Klauzula udostępnienia systemu elektronicznego obsługi polis – OBLIGATORYJNA**

Wykonawca zobowiązuje się w terminie 1 miesiąca 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.

**4. Klauzula akwizycyjna – OBLIGATORYJNA**

Klauzula zobowiązuje Wykonawcę do:

- przedstawienia pełnomocnikowi reprezentującemu Zamawiającego harmonogramu prac akwizycyjnych,
- dedykowania minimum 2 osób 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.

**5. Gwarancja leczenia chorób, które wystąpiły przed zawarciem ubezpieczenia – 5 pkt****6. Gwarancja zwrotu kosztów za konsultacje lekarskie i badania diagnostyczne w placówkach poza siecią rekomendowanych świadczeniodawców zgodnie z taryfikatorem zwrotu kosztów funkcjonującym u Wykonawcy – 5 pkt**



Rozliczenia gotówkowe będą odbywały się wyłącznie przez ogólnodostępną platformę informacyjną udostępnioną przez Wykonawcę Ubezpieczonym.

Z refundacji wyłącza się konsultacje lekarskie i badania diagnostyczne wykonane u Zamawiającego.

**7. Gwarancja rozszerzenia świadczonych usług o wizyty domowe w Grupie II – 5 pkt**

Wykonawca rozszerzy zakres świadczeń o minimum 2, w okresie kolejnych 12 miesięcy trwania umowy ubezpieczenia, porady lekarskie internisty lub lekarza rodzinnego albo pediatry udzielane całodobowo w domu ubezpieczonego.

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

Wykonawca zobowiązuje się w terminie maksymalnie do 1 miesiąca 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,
- g) ewidencjonowanie danych i możliwość zmiany danych ubezpieczającego.

**9. Wykonawca w GRUPIE I rozszerza zakres o opiekę podstawową z bezpłatnym dostępem do: maksymalnie 6 pkt.**

- a) Lekarza rodzinnego – 2 pkt,
- b) Internisty – 2 pkt,
- c) Pediatry – 2 pkt.

**10. Możliwość przystąpienia do ubezpieczenia pracowników Zamawiającego bez ograniczeń wiekowych – brak górnej granicy wieku – 2 pkt.**



---

## ZAŁOŻENIA OGÓLNE

Zakres opisany powyżej jest zakresem minimalnym.

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

Paweł Janiszewski