# Załącznik Nr 6 do SWZ – Opis Przedmiotu Zamówienia

**PROGRAM UBEZPIECZENIA**

Przedmiot zamówienia obejmuje grupowe ubezpieczenie pracowników, ich współmałżonków lub partnerów życiowych i pełnoletnich dzieci pracowników **Szpitala Wielospecjalistycznego im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu**. Obecnie w szpitalu pracuje 1417 osób (pracownicy oraz osoby fizyczne pracujące w szpitalu na podstawie umów cywilno-prawnych), zgodnie z załącznikiem nr 7 do SWZ – struktura płciowo-wiekowa.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Ubezpieczający** | **ADRES** | **REGON** | **Liczba pracowników oraz osób fizycznych pracujących w szpitalu na podstawie umów cywilno-prawnych**  | **Szacowana liczba osób do ubezpieczenia** |
| 1 | Szpital Wielospecjalistyczny im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu | ul. Poznańska 9788-100 Inowrocław | **092358780** | **1 417** | **1 775** |

Podana liczba osób zatrudnionych nie stanowi zobowiązania Zamawiającego, iż wszystkie osoby przystąpią do ubezpieczenia. Dane te mają charakter informacyjny, w okresie obowiązywania umowy mogą ulec zmianie. Zamawiający opłaci składki osób, które faktycznie przystąpią do ubezpieczenia.

**Część I**

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia – wymagania obligatoryjne**

1. Okres ubezpieczenia: **36 miesięcy, od 1 kwietnia 2023 r. do 31 marca 2026 r.**
2. Zamówienie dotyczy grupowego ubezpieczenie na życie pracowników, ich współmałżonków lub partnerów życiowych oraz pełnoletnich dzieci w **Szpitalu Wielospecjalistycznym im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu** (informację o strukturze wiekowo-płciowej zawiera Załącznik nr 7). Zamawiający nie gwarantuje, że wszyscy pracownicy przystąpią do ubezpieczenia, a zawiązanie umowy ubezpieczenia będzie uwarunkowane indywidualną decyzją każdego pracownika.
3. Za pracowników Zamawiającego uważa się również osoby fizyczne przyjmujące zlecenie lub świadczące usługi na rzecz Zamawiającego na podstawie umów cywilnoprawnych.
4. Wykonawca obejmie ubezpieczeniem na życie pracowników, współmałżonków oraz pełnoletnie dzieci pracowników (również dotychczas nieubezpieczonych) bez okresu karencji, w pełnym zakresie, jeżeli pracownicy, małżonkowie oraz pełnoletnie dzieci pracowników przystąpią do ubezpieczenia przez pierwsze 3 miesiące od daty początku ochrony ubezpieczeniowej określonej w polisie lub innym dokumencie umowy ubezpieczenia lub nawiązania stosunku prawnego, jeżeli stosunek prawny ubezpieczonego z Ubezpieczającym powstał po początku ochrony ubezpieczeniowej.
5. Wykonawca obejmie ochroną ubezpieczeniową partnerów życiowych obecnie ubezpieczonych bez karencji, pod warunkiem, że przystąpią do ubezpieczenia przed upływem 3 miesięcy od daty początku okresu ubezpieczenia. Pozostali Partnerzy życiowi będą mogli przystąpić do ubezpieczenia z karencjami zgodnie z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia Wykonawcy.
6. Małżonkowie, pełnoletnie dzieci będą mieli możliwość wyboru innego wariantu ubezpieczeniowego niż pracownicy, jednak wariant dla członków rodziny nie może być wyższy (droższy) niż pracownika.
7. 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.
8. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje zdarzenia związane (związek przyczynowo-skutkowy)
z uprawianiem sportu, w tym również uprawianiem sportu w ramach klubów sportowych lub uczestnictwo w zawodach sportowych oraz treningach przygotowujących do tych zawodów. Oznacza to, że ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności w OWU Ubezpieczyciela dotyczące uprawiania sportu i uczestnictwa w zawodach sportowych (wyczynowego uprawiania sportu) nie mają zastosowania. Niemniej jednak dopuszcza się, aby ochrona ubezpieczeniowa nie obejmowała odpowiedzialności za zdarzenia, które miały miejsce w następstwie lub w związku z uprawianiem spotów 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.
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.
10. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje zdarzenia związane z wystąpieniem u ubezpieczonego, jego współmałżonka (partnera życiowego) lub dziecka lub rodziców/teściów chorób zakaźnych, w tym choroby COVID-19, tzn. nie jest możliwe stosowanie przez Wykonawcę wyłączeń lub ograniczeń odpowiedzialności w tym zakresie. Nie mają również zastosowania wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności związane z wystąpieniem epidemii lub pandemii, jeżeli takie znajdują się w OWU Wykonawcy.
11. Program ubezpieczenia zakłada 3 warianty do wyboru. Zamawiający nie gwarantuje Wykonawcy uruchomienia wszystkich wariantów ubezpieczenia. Do danego wariantu musi przystąpić minimum 20 osób, aby mógł on być uruchomiony u Zamawiającego.
12. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje także świadczenia będące następstwem lub mające związek z udziałem osoby ubezpieczonej lub członków jego rodziny w badaniach klinicznych. Dotyczy to następujących ubezpieczeń/ryzyk: zgon Ubezpieczonego, zgon małżonka Ubezpieczonego, zgon rodziców Ubezpieczonego/zgon rodziców małżonka Ubezpieczonego, zgon dziecka, osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego.
13. Do ubezpieczenia mogą przystąpić pracownicy Zamawiającego, współmałżonkowie/partnerzy życiowi, pełnoletnie dzieci pracowników, którzy w dniu składania deklaracji przystąpienia ukończyli 18 rok życia i nie ukończyli **75** roku życia. Wykonawca obejmie ochroną ubezpieczeniową wszystkie osoby dotychczas ubezpieczone w obowiązującej umowie ubezpieczenia, bez względu na ich wiek. Oznacza to, **że osoby obecnie objęte ochroną ubezpieczeniową u Ubezpieczającego**, które ukończyły **75** rok życia i nadal są pracownikami Zamawiającego (Ubezpieczającego) mogą również przystąpić do ubezpieczenia grupowego u Ubezpieczającego zawartego na podstawie niniejszego postępowania (pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony i opłaty składki) i objęte będą ochroną ubezpieczeniową na warunkach grupowego ubezpieczenia Wykonawcy (tych samych warunkach co dla pozostałych osób, które nie ukończyły 75 r.ż.), którego oferta zostanie wybrana jako najkorzystniejsza. Aktualnie ubezpieczeni członkowie rodzin będą mogli pozostać w ubezpieczeniu grupowym zawartym na podstawie niniejszego postępowania maksymalnie do ukończenia 75 roku życia.
14. W przypadku pracowników, współmałżonków oraz pełnoletnich dzieci pracowników przystępujących do ubezpieczenia po okresie określonym w pkt. 4 dopuszcza się 6 miesięczną karencję w pełnym zakresie ubezpieczenia z wyjątkiem:
* leczenia szpitalnego (karencja 1 miesiąc)
* urodzenia się dziecka (karencja 9 miesięcy),
* urodzenia martwego dziecka (karencja 6 miesięcy)
* poważnego zachorowania ubezpieczonego (karencja 3 miesiące),
* poważnego zachorowania małżonka ubezpieczonego (karencja 3 miesiące),
* operacji chirurgicznej (karencja 3 miesiące),
* leczenia specjalistycznego (karencja 1 miesiąc).

Karencje nie dotyczą zdarzeń powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

1. Wykonawca zobowiązuje się do ubezpieczenia osób, które w dacie zawarcia umowy przebywają na zwolnieniu lekarskim, urlopie macierzyńskim, urlopie wychowawczym, urlopie bezpłatnym, przebywają w szpitalu lub posiadają orzeczenie o niezdolności do pracy, o ile osoby te były objęte ubezpieczeniem (min. 3 miesiące) w ramach poprzedniego ubezpieczenia funkcjonującego u Ubezpieczającego, pod warunkiem zachowania ciągłości odpowiedzialności pomiędzy dotychczasowym a nowym ubezpieczeniem.
2. Od pracowników, ich małżonków/partnerów życiowych i pełnoletnich dzieci pracowników zgłaszanych do ubezpieczenia Wykonawca nie będzie wymagał przedstawienia informacji dotyczących ich stanu zdrowia, nie będzie dokonywana żadna medyczna ocena ryzyka (ankiety medyczne lub oświadczenia o stanie zdrowia). W przypadku członków rodzin pracowników dotychczas nieubezpieczonych w ubezpieczeniu grupowym u Zamawiającego oraz osób przystępujących do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od nabycia uprawnień dopuszczalne jest stosowanie dla tych osób przez Wykonawcę oświadczeń o stanie zdrowia.
3. Składka za pracownika, jak również za jego współmałżonka/partnera życiowego, pełnoletnie dziecko, o ile przystąpią do ubezpieczenia, będzie potrącana z wynagrodzenia pracownika, za jego zgodą.
4. Wysokość składki ubezpieczeniowej za jedną osobę wskazaną w ofercie Wykonawcy (Ubezpieczyciela) obowiązuje na cały zakres ubezpieczenia. Składka za jedną osobę przez cały okres ubezpieczenia jest niezmienna.
5. Składka na ubezpieczenie będzie płatna przez okres realizacji zamówienia w cyklu miesięcznym. Składki będą przekazywane z góry do końca miesiąca, za który są należne. Nieopłacenie składki przez Ubezpieczającego w całości lub w części w terminie, nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia ani zawieszenia udzielanej ochrony ubezpieczeniowej pod warunkiem, że składka za ubezpieczenie grupowe zostanie przekazana do końca miesiąca za który jest należna. W przypadku braku składki do końca miesiąca, odpowiedzialność na polisie zostaje zawieszona, a Wykonawca w takim przypadku wzywa Ubezpieczającego do uzupełnienia zaległości wskazując co najmniej 14-dniowy dodatkowy termin zapłaty składki. Po uregulowaniu zaległej składki ochrona zostaje wznowiona i ubezpieczyciel wypłaca świadczenia za okres zawieszenia.

 Wysokość miesięcznej składki będzie iloczynem aktualnej liczby ubezpieczonych oraz miesięcznej składki zaoferowanej przez Wykonawcę (Ubezpieczyciela).

 Powyższe zapisy nie dotyczą zapłaty pierwszej raty składki, której wpłata w terminie jest niezbędna do nadania początku odpowiedzialności. Za datę wpłaty składki przyjmuje się datę wykonania polecenia przelewu.

 Osoby przebywające na zwolnieniu lekarskim, urlopie macierzyńskim, urlopie wychowawczym lub urlopie bezpłatnym będą wpłacały swe składki na konto Ubezpieczającego, ten zaś będzie przekazywał Wykonawcy jednolitą składkę za wszystkie osoby ubezpieczone.

1. Liczba osób ubezpieczonych może ulec zmianie w trakcie realizacji umowy.
2. Wykonawca zobowiązuje się do wystawienia dla wszystkich osób objętych ochroną ubezpieczeniową indywidualnych certyfikatów, potwierdzających zawarcie ochrony ubezpieczeniowej.
3. Wykonawca zobowiązuje się do nieodpłatnego udostępnienia elektronicznego systemu obsługi polisy. System ten, poprzez łącza internetowe, usprawniać musi obsługę polisy, umożliwiając dokonywanie w drodze elektronicznej, co najmniej następujących czynności:
* wprowadzanie deklaracji przystąpienia i deklaracji zmiany,
* zatwierdzanie rozliczeń miesięcznych,
* dostęp on-line do danych o wpłatach składki, przypisie oraz saldzie polisy.

Ubezpieczający dopuszcza, aby certyfikaty potwierdzające zawarcie ochrony ubezpieczeniowej były dostarczane ubezpieczonym na wniosek Ubezpieczającego lub na wniosek ubezpieczonego za pomocą systemu elektronicznego, który Wykonawca udostępni Ubezpieczającemu.

Ubezpieczający dopuszcza, aby deklaracje przystąpienia do ubezpieczenia były składane przez osoby zainteresowane przystąpieniem do ubezpieczenia w formie elektronicznej za pomocą systemu elektronicznego (tzw. e-deklaracje), który Wykonawca udostępni za pośrednictwem Ubezpieczającego (pracodawcy) pracownikom oraz członkom ich rodzin.

1. 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.
2. Ubezpieczonym, po min. 6 miesięcznym okresie pozostawania w ubezpieczeniu grupowym, przysługuje prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, na zasadach określonych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Wykonawcy. Do okresu stażu uprawniającego do skorzystania z indywidualnej kontynuacji wliczany będzie okres obejmowania ochroną w ramach aktualnie obowiązującej u Ubezpieczonego umowy ubezpieczenia. Osoba dotychczas ubezpieczona w ubezpieczeniu grupowym może przystąpić do ubezpieczenia na warunkach indywidualnej kontynuacji w terminie do 6 miesięcy od wygaśnięcia ochrony w ramach ubezpieczenia grupowego, przy czym dla osób które przystąpią do ubezpieczenia na warunkach indywidualnej kontynuacji w terminie do 3 miesięcy od wygaśnięcia ochrony w ramach ubezpieczenia grupowego zniesione zostają karencje, jeżeli mają zastosowanie zgodnie z OWU Wykonawcy.
3. Ubezpieczony ma prawo w każdej chwili zrezygnować z ubezpieczenia, składając Zamawiającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji, która skutkuje końcem odpowiedzialności z upływem ostatniego dnia miesiąca, za jaki przekazano składkę.
4. Wykonawca wykonuje zobowiązania najpóźniej w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu objętym odpowiedzialnością Wykonawcy. W przypadku, gdy wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Wykonawcy w stosunku do ubezpieczonego albo wysokości zobowiązania okazało się niemożliwe, Wykonawca wykonuje zobowiązania w terminie 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, nie później jednak niż w terminie 60 dni od zgłoszenia szkody (zawiadomienia Wykonawcy o wystąpieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową). Termin 60-dniowy na ostateczną wypłatę świadczenia nie obowiązuje, jeżeli poszkodowany (ubezpieczony) lub uprawniony z umowy ubezpieczenia nie dostarczył dokumentów, o które wystąpił Ubezpieczyciel, a które maja wpływ na ustalenie wysokości szkody lub odpowiedzialności za zdarzenie lub gdy nie zakończyło się leczenie Ubezpieczonego, co uniemożliwia ustalenie ostatecznej wysokości świadczenia oraz gdy ustalenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokość należnego świadczenia zależy od toczącego się postępowania karnego lub cywilnego.
5. Zamawiający dopuszcza możliwość wypłaty świadczenia bez konieczności przeprowadzania badania lekarskiego. Wypłata świadczenia następuje na podstawie zgłoszenia roszczenia i zaocznej oceny na podstawie kompletnej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia. Na uzasadniony wniosek ubezpieczonego istnieje możliwość przeprowadzenia badania lekarskiego.
6. Wykonawca gwarantuje, że jeżeli powstanie konieczność przeprowadzenia badania lekarskiego, zostanie ono zorganizowane w dogodnym miejscu dla Ubezpieczonego, zaakceptowanym przez Wykonawcę.
7. Zamawiający zobowiązuje się do informowania Wykonawcy o każdej zmianie dotyczącej pracowników objętych umową ubezpieczenia w terminie 14 dni od daty zmiany (w szczególności dotyczy to przypadków: zwolnienia z pracy, cofnięcia upoważnienia do potrącania składek, zmiany adresu zamieszkania ubezpieczonego pracownika). W oparciu o tę informację Wykonawca dokona stosownych zmian w zakresie liczby ubezpieczonych i wysokości składki.
8. Zamawiający wymaga co najmniej warunków ubezpieczenia w podanym poniżej zakresie i w podanej wysokości świadczeń (świadczenia skumulowane):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Wariant I** | **Wariant II** | **Wariant III** |
| L.P. | Zakres Ubezpieczenia | **Minimalna wymagana wysokość świadczeń w PLN** |
| 1 | Zgon Ubezpieczonego  | 45 000 | 60 000 | 75 000 |
| **2** | Zgon Ubezpieczonego w wyniku zawału lub udaru mózgu | 75 000 | 95 000 | 105 000 |
| **3** | Zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku | 95 000 | 115 000 | 135 000 |
| **4** | Zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy | 185 000 | 195 000 | 205 000 |
| **5** | Zgon Ubezpieczonego w wypadku komunikacyjnym | 190 000 | 195 000 | 205 000 |
| **6** | Zgon Ubezpieczonego w wypadku komunik. przy pracy | 280 000 | 285 000 | 295 000 |
| 7 | Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (za każdy 1% uszczerbku) | 500 | 555 | 560 |
| 8 | Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu (za każdy 1% uszczerbku) | 300 | 320 | 330 |
| 9 | Zgon małżonka Ubezpieczonego | 15 000 | 16 000 | 18 000 |
| **10** | Zgon małżonka Ubezpieczonego wskutek NW | 30 000 | 32 000 | 36 000 |
| 11 | Zgon rodziców Ubezpieczonego/rodziców małżonka Ubezpieczonego | 2 500 | 2 850 | 3 000 |
| 12 | Zgon rodziców Ubezpieczonego/rodziców małżonka Ubezpieczonego wskutek NW | 5 000 | 5 700 | 6 000 |
| 13 | Zgon dziecka | 6 000 | 6 200 | 7 000 |
| 14 | Zgon dziecka wskutek NW | 12 000 | 12 400 | 14 000 |
| 15 | Zgon noworodka | 4 000 | 4 500 | 5 000 |
| 16 | Urodzenie dziecka | 1 600 | 1 800 | 1 800 |
| 17 | Osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego | 6 000 | 6 500 | 6 500 |
| **18** | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | 9 000 | 10 000 | 14 000 |
| **19** | Poważne zachorowanie Małżonka Ubezpieczonego | - | 3 000 | 5 000 |
| **20** | Poważne zachorowanie Dziecka Ubezpieczonego | - | 3 000 | 3 000 |
| **21** | Trwała niezdolność do pracy | 15 000 | 20 000 | 30 000 |
| **22** | Leczenie specjalistyczne | 1 000 | 2 000 | 4 000 |
| **23** | Operacje Chirurgiczne (najniższa możliwa pojedyncza wypłata z tytułu operacji chirurgicznej) | 375 | 400 | 500 |
|  |  **Leczenie szpitalne ubezpieczonego** |  |  |  |
|  | Rozszerzenie odpowiedzialności: RP plus kraje UE | Tak | Tak | Tak |
| 24 | w związku z chorobą | 50 | 60 | 60 |
| **25** | w związku z nieszczęśliwym wypadkiem (od 1 do 14 dnia) | 150 | 172 | 180 |
| **26** | w związku z wypadkiem komunikacyjnym (od 1 do 14 dnia) | 200 | 230 | 240 |
| **27** | w związku z wypadkiem przy pracy (od 1 do 14 dnia) | 200 | 230 | 240 |
| **28** | w związku z wypadkiem komunikacyjnym przy pracy(od 1 do 14 dnia pobytu) | 250 | 290 | 300 |
| **29** | w związku z zawałem serca lub udarem mózgu (od 1 do 14 dnia) | 100 | 115 | 120 |
| **30** | w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, wypadkiem komunikacyjnym, przy pracy, zawałem serca lub udarem mózgu (od 15 dnia pobytu) | 50 | 60 | 60 |
| **31** | pobyt na OIOM (jednorazowo) | 750 | 900 | 1 000 |
| **32** | świadczenie za rekonwalescencję (dziennie) | 30 | 35 | 40 |
|  |  **Prawo do indywidualnej kontynuacji** | **Tak** | **Tak** | **Tak** |

1. **Maksymalna dopuszczalna składka miesięczna od osoby ubezpieczonej wynosi 62 zł dla wariantu I, 72 zł dla wariantu II oraz 80 zł dla wariantu III**. **Zamawiający wymaga od wykonawców zaokrąglenia wysokości składki do pełnych złotych.**
2. **Definicje:**
	1. ***Dziecko ubezpieczonego*** - dziecko własne lub przysposobione w wieku do 25 roku życia. W przypadku możliwości objęcia ochroną pełnoletniego dziecka, zastosowanie będzie miała definicja: pełnoletnie dziecko - dziecko własne, przysposobione lub pasierb (jeżeli nie żyje ojciec lub matka) Ubezpieczonego pracownika, które w dniu przystąpienia do ubezpieczenia ukończyło 18 rok życia.
	2. ***Leczenie specjalistyczne*** – świadczenie obejmujące wystąpienie u ubezpieczonego leczenia specjalistycznego, które rozpoczęło się okresie ubezpieczenia. Leczenie specjalistyczne obejmuje chemioterapię, radioterapię za pomocą promieniowania jonizującego (fotonowego, elektronowego, protonowego), dializoterapię, ablację, radioterapię Gamma Knife lub Cyber Knife, terapię interferonową, terapię radiojodem nienowotworowych chorób tarczycy, wszczepienie kardiowertera/defibrylatora, wszczepienie rozrusznika serca, wszczepienie stymulatora resynchronizującego. Świadczenie wypłacane jest w wysokości 100% sumy ubezpieczenia dla tego świadczenia.
	3. ***Małżonek Ubezpieczonego*** - osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu przepisów kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do której nie została, na dzień zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, prawomocnie orzeczona separacja. Za małżonka uważa się również partnera życiowego, czyli wskazaną w deklaracji przystąpienia Ubezpieczonego podstawowego osobę nie będącą w formalnym związku małżeńskim, pozostającą z Ubezpieczonym podstawowym – również nie będącym w formalnym związku małżeńskim – we wspólnym pożyciu; partner życiowy nie może być spokrewniony z Ubezpieczonym podstawowym.
	4. ***Nieszczęśliwy wypadek*** - niezależne od woli i stanu zdrowia osoby, której życie lub zdrowie jest przedmio­tem ubezpieczenia, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, będące wyłączną oraz bezpo­średnią przyczyną zdarzenia objętego odpowiedzialno­ścią Ubezpieczyciela.
	5. ***OIOM*** - oddział intensywnej opieki medycznej, oddział intensywnej terapii lub wydzielona sala intensywnego nadzoru, prowadzony przez lekarzy specjalistów intensywnej terapii i anestezjologii, zapewniający przez 24 godziny na dobę specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgniarską, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt, umożliwiający całodobowe monitorowanie i wspomaganie czynności życiowych, przeznaczony do leczenia chorych w stanach zagrożenia życia (za OIOM uważa się również OIOK - oddział intensywnej opieki kardiologicznej oraz OION – oddział intensywnej opieki neurologicznej).
	6. ***Operacja chirurgiczna*** - zabieg chirurgiczny wykonany w publicznej lub niepublicznej placówce medycznej. Świadczenie wypłacane będzie bez względu na czas pobytu w placówce medycznej oraz rodzaj placówki (lecznictwo zamknięte lub lecznictwo otwarte) jak również przyjętą metodę operacji tj. metodą endoskopową, otwartą, zamkniętą. Najniższe świadczenie z tytułu przeprowadzenia operacji chirurgicznej nie może być niższe niż podane w tabeli „wysokość świadczeń”. Wysokość świadczeń uzależniona będzie od rodzaju (stopnia trudności) operacji, według katalogu operacji obowiązującego u Wykonawcy, zgodnie z OWU Wykonawcy. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje wykonanie w okresie ubezpieczenia operacji chirurgicznych, jeżeli istniały w stosunku do nich wskazania medyczne warunkujące konieczność ich wykonania w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby albo zmniejszenia skutków nieszczęśliwego wypadku, przy czym w celu uzyskania świadczenia w tytułu operacji chirurgicznej nie jest konieczne przekazywanie Ubezpieczycielowi kserokopii skierowania na operację, ale wystarczy przekazanie kserokopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przeprowadzenie operacji chirurgicznej wraz ze wskazaniem, jaka była przyczyna przeprowadzenia tej operacji.
	7. ***Partner*** - 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.
	8. ***Pobyt w szpitalu*** - całodobowy pobyt w szpitalu w celu leczenia, trwający nieprzerwanie co najmniej 2 dni wskutek zdarzenia innego niż nieszczęśliwy wypadek, a jeśli pobyt spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem za pobyt trwający co najmniej 1 dzień. Wypłata świadczenia nastąpi od 1. dnia pobytu w szpitalu. Czas pobytu w szpitalu określa się na podstawie daty przyjęcia i daty wypisania ze szpitala. Świadczenie za pobyt w szpitalu będzie wypłacone przez okres co najmniej 120 dni w okresie każdego roku, liczonego od daty wejścia w życie polisy. Świadczenie wypłacane jest nawet w przypadkach, gdy pobyt w szpitalu spowodowany jest zdarzeniem lub chorobą zdiagnozowaną u Ubezpieczonego przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej oraz kiedy rozpoczął się przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej oraz w przypadku, gdy pobyt spowodowany jest ponownym wystąpieniem tej samej choroby. Jeżeli pobyt w szpitalu rozpoczął się przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy zawartej na podstawie niniejszego postępowania przetargowego, Wykonawca zapłaci świadczenie za pobyt w szpitalu tylko za te dni pobytu w szpitalu, w których udzielał on ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu. Wykonawca nie będzie stosować wyłączenia leczenia dyskopatii lub zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, chorób zwyrodnieniowych stawów, reumatoidalnego zapalenia stawów, chorób stawu kolanowego. Wykonawca nie może stosować wyłączenia dotyczącego pobytu w szpitalu w związku z ciążą, jeżeli pobyt w szpitalu był związany ze stanem chorobowych matki lub dziecka lub zagrożeniem ciąży.
	9. ***Poważne zachorowanie Ubezpieczonego*** – zdarzenie dotyczące zdrowia ubezpieczonego, zaistniałe w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Minimalny katalog poważnych chorób uprawniający do świadczenia opisany został poniżej. Wypłata następuje jeden raz za pierwszy przypadek zachorowania na daną poważną chorobę w wysokości 100% sumy ubezpieczenia za to świadczenie. Z odpowiedzialności Wykonawcy wyłączone są ciężkie choroby zdiagnozowane przed przystąpieniem do ubezpieczenia.

|  |  |
| --- | --- |
| Anemia aplastyczna | Tężec |
| Bąblowiec mózgu | Udar |
| Borelioza | Wścieklizna |
| Zabieg chirurgiczny na naczyniach wieńcowych | Stwardnienie rozsiane |
| Choroba Creutzfeldta-Jakoba | Zakażenie wirusem HIV |
| Choroba neuronu ruchowego | Zawał serca |
| Gruźlica | Zgorzel gazowa |
| Masywny zator tętnicy płucnej | Oparzenie |
| Niewydolność nerek | Transplantacja organów |
| Nowotwór złośliwy | Utrata wzroku |
| Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu | Utrata słuchu |
| Ropień mózgu | Oponiak |
| Sepsa | Choroba Parkinsona |

Przy czym definicje poważnych chorób dla tego świadczenia są następujące:

* + 1. **Anemia aplastyczna** - oznacza prze­wlekłą i nieodwracalną niewydolność szpiku, polegającą na zaniku wszystkich linii komórkowych układu granulocyto­wego, czerwonokrwinkowego i płytkotwórczego, oraz powo­dującą konieczność regularnego przyjmowania leków immunosupresyjnych, immunostymulacyjnych lub przeszczepu szpiku kostnego. Rozpoznanie musi być oparte na wynikach biopsji szpiku kostnego;
		2. **Bąblowiec mózgu** - oznacza chorobę zakaźną spowodowaną przez tasiemca bąblowcowego, z zajęciem mózgu, który wymagał chirurgicznego usunięcia zmian powstałych w mózgu;
		3. **Borelioza** - oznacza krętkowicę prze­noszoną przez kleszcze przebiegającą z różnorodnymi objawami narządowymi, między innymi ze zmianami skórnymi objawiającymi się rumieniem, zapaleniem sta­wów, zapaleniem mięśnia sercowego oraz różnorodnymi objawami neurologicznymi i skutkującą koniecznością leczenia szpitalnego. Rozpoznanie boreliozy i czynnik etiologiczny jednoznacz­nie potwierdza dokumentacja medyczna;
		4. **Zabieg chirurgiczny na naczyniach wieńcowych** - przeprowadzony w krążeniu pozaustrojowym zabieg chirurgiczny w celu korekcji tętnicy lub tętnic wieńcowych;
		5. **Choroba Creutzfelda-Jakoba** - oznacza neurodegeneracyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego wywołaną przez priony. Ubezpieczyciel odpowiada wyłącznie za taką chorobę Creutzfeldta­-Jakoba, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała otępienie i zaburzenia funkcji ruchu;
		6. **Choroba neuronu ruchowego** – oznacza neurodegeneracyjną chorobę obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego spowodowaną wybiórczym uszkodzeniem nerwowych komórek ruchowych. Ubezpieczyciel odpowiada wyłącznie za taką chorobę neuronu ruchowego, która została rozpoznana przez lekarza neurologa w oparciu o badanie elektromiografii (EMG) i która spowodowała osłabienie lub zanik mięśni oraz ograniczenie ruchów czynnych;
		7. **Gruźlica** – oznacza chorobę zakaźną wywołaną przez prątki gruźlicy. Ubezpieczyciel odpowiada wyłącznie za taką gruźlicę, która wymagała hospitalizacji i leczenia przeciwprątkowego i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
		8. **Masywny zator tętnicy płucnej** - oznacza niedrożność tętnicy płucnej spowodowaną skrzepliną. Ubezpieczyciel odpowiada wyłącznie za taki zator tętnicy płucnej, w którym skrzeplina jest umiejscowiona w pniu tętnicy płucnej;
		9. **Niewydolność nerek** - oznacza trwałe upośle­dzenie czynności obu nerek lub jedynej nerki. Ubezpieczyciel odpowiada wyłącznie za taką przewlekłą niewydolność nerek, w przebiegu której zastosowano stałą dializoterapię lub wykonano prze­szczep nerki;
		10. **Nowotwór złośliwy** - oznacza niekontrolowany rozrost komórek nowotworowych, cechujący się zdolnością do naciekania i niszczenia tkanek oraz tworzenia odległych przerzutów. Ubezpieczyciel odpowiada wyłącznie za taki nowotwór złośliwy, którego inwazyjny charakter został potwierdzony badaniem histopatologicznym. Ubezpieczyciel odpowiada także za rozsianą chorobę nowotworową ze zmianami przerzutowymi, gdy nie pobrano materiału do badania histopatologicznego, ale obraz kliniczny i badania diagnostyczne są jednoznaczne, co do złośliwości procesu nowotworowego;
		11. **Odkleszczone wirusowe zapalenie mózgu** - oznacza chorobę przenoszoną przez kleszcze przebiegającą z objawami neurologicznymi objęcia procesem zapalnym mózgu lub rdzenia kręgowego, skutkującymi koniecznością hospi­talizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
		12. **Ropień mózgu** - oznacza usuniętą chi­rurgicznie zmianę w mózgu opisaną w rozpoznaniu histopatologicznym jako ropień mózgu;
		13. **Sepsa** - oznacza uogólnioną reakcję zapalną, powstającą w przebiegu zakażenia menin­gokokowego lub pneumokokowego, powikłaną nie­wydolnością wielonarządową. Przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narzą­dów lub układów, do których zaliczamy ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątrobę;
		14. **Stwardnienie rozsiane** - jest chorobą ośrodkowego układu nerwowego z obecnością ubytkowych objawów neurologicz­nych, powstałych na podłożu rozsianych zmian demielinizacyj­nych. Odpowiadamy wyłącznie za takie stwardnienie rozsiane, które zostało ostatecznie rozpoznane przez lekarza neurologa, na podstawie objawów neurologicznych i badania rezonansu magnetycznego, potwierdzających czasowe i lokalizacyjne rozsianie zmian demielinizacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym;
		15. **Tężec** - oznacza chorobę zakaźną wywołaną działaniem neurotoksyny produkowanej przez laseczki tężca, która wymagała hospitalizacji i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
		16. **Udar** - oznacza nagłe, ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu spowodowane wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany, które spowo­dowało trwały ubytek neurologiczny. Ubezpieczyciel odpowiada wyłącznie za taki udar mózgu z ubytkiem neurologicznymi, 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;

* + 1. **Wścieklizna** - oznacza rozpozna­ną w dokumentacji medycznej chorobę zakaź­ną wywołaną wirusem wścieklizny lub wirusami pokrewnymi, przebiegającą z obja­wami zapalenia mózgu lub rdzenia kręgowego, która wymagała hospitalizacji;
		2. **Zakażenie wirusem HIV** – oznacza zakażenie wirusem HIV, będące następ­stwem bezpośredniego wykonania obowiązków zawodowych lub pełnoobjawowe AIDS będące następ­stwem zakażenia wirusem HIV podczas wykonywania obowiązków zawodowych, które zostanie potwierdzone złożonymi dowodami, lub będące powikłaniem transfuzji krwi wykonanej na terytorium RP u osoby nie chorującej na hemofilię, która zostanie potwierdzone złożonymi dowodami;
		3. **Zawał serca** - to uszkodzenie części mięśnia sercowego w wyniku ostrego niedokrwienia. Z dokumentacji medycznej powinno wynikać, że osoba ubezpieczona przebyła zawał serca;
		4. **Zgorzel gazowa** - oznacza chorobę zakaźną wywołaną przez bakterie z grupy laseczek zgorzeli gazowej, będącą skutkiem ciężkiego zakażenia przyrannego, która wymagała hospitalizacji i przebiegała z martwicą mięśni oraz ogólnymi objawami toksemii i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
		5. **Oparzenie** – oznacza oparzenie, które wymaga hospitaliza­cji i obejmuje:

a) ponad 50% powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia lub II i III stopnia łącznie lub

b) ponad 15% powierzchni ciała – dla oparzeń III stopnia.

Konieczne jest przedstawienie karty informacyjnej leczenia szpitalnego ze szczegółowym określeniem stopnia oparzenia i procentu oparzonej powierzchni ciała

* + 1. **Transplantacja organów** - oznacza przebycie jako biorca operacji przeszczepienia serca, płuca, wątroby lub jej części lub allogenicznego przeszczepu szpiku kostnego;
		2. **Utrata wzroku** - oznacza obuoczną, nie poddającą się korekcji utratę ostrości wzroku poni­żej 5/50 lub obuoczne ograniczenie pola widzenia poni­żej 20. W celu potwierdzenia utraty wzroku konieczne jest przeprowadzenie specjalistycznego badania okuli­stycznego oraz statycznego badania pola widzenia;
		3. **Utrata słuchu** - oznacza całkowitą obustronną utratę zdolności słyszenia i rozróżnia­nia dźwięków. Rozpoznanie musi być potwierdzone obuusznym ubytkiem słuchu powyżej 90 dB. W celu potwierdzenia utraty słuchu konieczne jest przeprowa­dzenie specjalistycznego badania audiometrycznego lub słuchowych potencjałów wywołanych;
		4. **Oponiak** – oznacza potwierdzone histo­patologicznie rozpoznanie oponiaka mózgu. Wyłączone z odpowiedzialności Ubezpieczyciela są jakiekolwiek inne zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym, tj. tor­biele, ziarniniaki, malformacje naczyniowe, guzy przy­sadki i rdzenia kręgowego;
		5. **Choroba Parkinsona** - oznacza neurodegeneracyjną chorobę ośrodkowego układu nerwowego spowodowaną zanikiem komórek nerwowych, mających znaczenie dla funkcji rucho­wych, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i której następstwem jest wystąpienie co najmniej dwóch z trzech klasycznych objawów neurologicznych choroby, tj. drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego, zwiększonego napięcia mięśni.
	1. ***Poważne zachorowanie Małżonka Ubezpieczonego*** - zdarzenie dotyczące zdrowia współmałżonka/partnera życiowego ubezpieczonego, zaistniałe w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Minimalny katalog poważnych chorób uprawniający do świadczenia opisany został poniżej. Wypłata następuje jeden raz za pierwszy przypadek zachorowania na daną poważną chorobę w wysokości 100% sumy ubezpieczenia za to świadczenie. Z odpowiedzialności Wykonawcy wyłączone są ciężkie choroby zdiagnozowane przed przystąpieniem do ubezpieczenia. Definicje poważnych chorób są analogiczne jak dla świadczenia Poważne zachorowanie Ubezpieczonego opisanego w pkt. 32.9.

|  |  |
| --- | --- |
| Anemia aplastyczna | Tężec |
| Bąblowiec mózgu | Udar |
| Borelioza | Wścieklizna |
| Zabieg chirurgiczny na naczyniach wieńcowych | Stwardnienie rozsiane |
| Choroba Creutzfeldta-Jakoba | Zakażenie wirusem HIV |
| Choroba neuronu ruchowego | Zawał serca |
| Gruźlica | Zgorzel gazowa |
| Masywny zator tętnicy płucnej | Oparzenie |
| Niewydolność nerek | Transplantacja organów |
| Nowotwór złośliwy | Utrata wzroku |
| Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu | Utrata słuchu |
| Ropień mózgu | Oponiak |
| Sepsa | Choroba Parkinsona |

* 1. ***Poważne zachorowanie Dziecka Ubezpieczonego*** - zdarzenie dotyczące zdrowia dziecka ubezpieczonego, zaistniałe w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Minimalny katalog poważnych chorób uprawniający do świadczenia opisany został poniżej. Wypłata następuje jeden raz za pierwszy przypadek zachorowania na daną poważną chorobę w wysokości 100% sumy ubezpieczenia za to świadczenie. Z odpowiedzialności Wykonawcy wyłączone są ciężkie choroby zdiagnozowane przed przystąpieniem do ubezpieczenia.

|  |  |
| --- | --- |
| Anemia aplastyczna | Paraliż |
| Bakteryjne zapalenie wsierdzia | Poliomelitis (choroba Heinego-Medina) |
| Borelioza (neuroborelioza) | Poważne uszkodzenie mózgu |
| Cukrzyca typu 1. | Przeszczep narządu |
| Dystrofia mięśniowa | Sepsa |
| Niedokrwistość hemolityczna | Śpiączka  |
| Niewydolność nerek | Tężec |
| Niezłośliwy guz mózgu | Utrata wzroku |
| Nowotwór złośliwy | Utrata słuchu |
| Oparzenie | Zapalenie mózgu lub zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych |

Przy czym definicje poważnych chorób dla tego świadczenia są następujące:

1. **Anemia aplastyczna** - oznacza przewlekłą i nieodwracalną niewydolność szpiku, polegającą na zaniku wszystkich linii komórkowych układu granulocytowego, czerwonokrwinkowego i płytkotwórczego. Ubezpieczyciel odpowiada wyłącznie za taką anemię aplastyczną, którą rozpoznano na podstawie oceny szpiku kostnego i w przebiegu której, zastosowano leczenie immunosupresyjne, immunostymulacje lub wykonano transplantację szpiku;
2. **Bakteryjne zapalenie wsierdzia** – oznacza zapalenie wsierdzia spowodowane przez zakażenie bakteryjne. Ubezpieczyciel odpowiada wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie wsierdzia, które wymagało hospitalizacji i dotyczyło własnych zastawek serca lub jam serca, bez obcego materiału i urządzeń medycznych. Rozpoznanie choroby potwierdzają badania mikrobiologiczne identyfikujące bakterie wywołujące zapalenie lub badania obrazowe bądź patomorfolo­giczne ujawniające uszkodzenie wsierdzia;
3. **Borelioza (neuroborelioza)** - oznacza krętkowicę prze­noszoną przez kleszcze przebiegającą z różnorodnymi objawami narządowymi, między innymi ze zmianami skórnymi objawiającymi się rumieniem, zapaleniem sta­wów, zapaleniem mięśnia sercowego oraz różnorodnymi objawami neurologicznymi i skutkującą koniecznością leczenia szpitalnego. Rozpoznanie boreliozy i czynnik etiologiczny jednoznacz­nie potwierdza dokumentacja medyczna;
4. **Cukrzyca typu 1.** – oznacza chorobę metaboliczną o podłożu auto­immunologicznym wymagającą stałego leczenia insuliną. Ubezpieczyciel odpowiada wyłącznie za taką cukrzycę typu 1., w której konieczność stałego stosowania insuliny potwierdza lekarz diabetolog;
5. **Dystrofia mięśniowa** – oznacza uwarunkowaną genetycznie grupę chorób, polegających na powolnym zaniku mięśni poprzecznie prąż­kowanych, bez zajęcia układu nerwowego. Ubezpieczyciel odpowiada wyłącznie za taką dystrofię mięśniową, która została rozpoznana przez lekarza neurologa
i która spowodowała osłabienie lub zanik mięśni;
6. **Niedokrwistość hemolityczna** – oznacza chorobę, która jest następstwem skróconego czasu przeżycia krwinek czerwonych i objawia się zmniejszeniem stężenia hemoglobiny poniżej normy dla wieku dziecka. Ubezpieczyciel odpowiada wyłącznie za taką niedokrwistość hemolityczną, która wymagała hospitalizacji;
7. **Niewydolność nerek** - ozna­cza trwałe upośle­dzenie czynności obu nerek lub jedynej nerki. Ubezpieczyciel odpowiada wyłącznie za taką przewlekłą niewydolność nerek, która jest nieod­wracalna, i w przebiegu której zastosowano stałą dializoterapię lub wykonano przeszczep nerki;
8. **Niezłośliwy guz mózgu** – oznacza łagodny wewnątrzczaszko­wy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych. Ubezpieczyciel odpowiada wyłącznie za taki niezłośliwy guz mózgu, który został usunięty lub jeśli ze względów medycznych usunięcie guza nie było możliwe, spowodował on wystąpienie ubytków neurologicznych. Rozpoznanie niezłośliwego guza mózgu potwierdza badanie histo­patologiczne lub badanie obrazowe mózgu;
9. **Nowotwór złośliwy** – oznacza niekontrolowany rozrost komó­rek nowotworowych, cechujący się zdolnością do naciekania i niszczenia tkanek oraz tworzenia odległych przerzutów. Ubezpieczyciel odpowiada za taki nowotwór złośliwy, którego inwazyjny charakter został potwierdzony badaniem histopatologicznym. Ubezpieczyciel odpowiada także za chorobę nowotworową ze zmianami prze­rzutowymi, gdy nie pobrano materiału do badania histopatologicz­nego, ale obraz kliniczny i badania diagnostyczne są jednoznaczne, co do złośliwości procesu nowotworowego;
10. **Oparzenie** – oznacza oparzenie, które wymaga hospitaliza­cji i obejmuje:

 a) ponad 40% powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia lub II i III stopnia łącznie lub

 b) ponad 15% powierzchni ciała – dla oparzeń III stopnia.

Powierzchnia ciała oceniana jest według tablicy Lunda i Browdera albo – dla dzieci w wieku powyżej 15 lat – według „reguły dziewiątek”.

1. **Paraliż** - oznacza całkowitą utratę funkcji ruchowej kończyn. Ubezpieczyciel odpowiada wyłącznie za taki paraliż, który dotyczy co najmniej dwóch kończyn, jest nieodwracalny i utrzymuje się co najmniej 3 miesiące;
2. **Poliomelitis (choroba Heinego-Medina)** – oznacza ostrą chorobę zakaźną wywołaną wirusem Polio. Ubezpieczyciel odpowiada wyłącznie za porażenną postać nagminnego porażenia dziecięcego, które w co najmniej jednej grupie mięśni spowodowało brak ich skurczu lub skurcz o śladowej sile utrzymujący się co najmniej 3 mie­siące. Rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny choroby jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
3. **Poważne uszkodzenie mózgu** – oznacza nieodwracalne, znaczne upośledzenie lub utrata zdolności intelektualnych w wyniku uszkodzenia mózgu, powstałe na skutek nieszczęśliwego wypadku, którego skutkiem jest niezdolność do samodzielnej egzystencji;
4. **Przeszczep narządu** – oznacza operację chirurgiczną przeszczepienia narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego. Ubezpieczyciel odpowiada wyłącznie za wykonaną u biorcy transplantację serca, płuca, wątroby lub jej części lub wykonaną u biorcy allogeniczną trans­plantację szpiku kostnego;
5. **Sepsa** - oznacza ogólnoustrojową, nieswoistą reakcją organizmu na obecne we krwi bakterie, wirusy lub grzyby oraz ich toksyny. Ubezpieczyciel odpowiada wyłącznie za taką sepsę, która doprowa­dziła do niewydolności co najmniej dwóch z następujących narządów lub układów: ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątroba. Rozpoznanie sepsy jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
6. **Śpiączka** - oznacza stan głębokiego zaburzenia świadomości, wyrażający się brakiem reakcji na zewnętrzne bodźce słuchowe lub bólowe, wynikający z ciężkiego uszkodzenia mózgu. Ubezpieczyciel odpowiada wyłącznie za taką śpiączkę, która trwała nieprzerwanie co najmniej 96 godzin, a uszkodzenie mózgu spowodowało trwające co najmniej 30 dni: deficyt neurologiczny lub zaburzenia poznawcze ocenione w teście Mini–Mental (Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego ang. Mini–Mental State Examination) na poniżej 16 punktów;
7. **Tężec** - oznacza chorobę zakaźną wywołaną działaniem neurotoksyny produkowanej przez laseczki tężca, która wymagała hospitalizacji i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
8. **Utrata wzroku** – oznacza utratę wzroku **w co najmniej jednym oku**, która jest trwałą
i nieodwracalną utratą zdolności widzenia. Odpowiadamy wyłącznie za utratę wzroku z powodu choroby, w której ostrość widzenia w oku objętym chorobą po korekcji optycznej jest mniejsza niż 0,1 (5/50) lub pole widzenia jest mniejsze niż 20 stopni. Wielkość utraty wzroku jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna z leczenia;
9. **Utrata słuchu** – oznacza utratę słuchu **w co najmniej jednym uchu**, która jest trwałą i nieodwracalną utratą zdolności słyszenia. Odpowiadamy wyłącznie za utratę słuchu z powodu choroby, w której ubytek słuchu w uchu objętym chorobą wynosi co najmniej 90dB i jest obliczony jako uśredniona wartość dla dźwięków pasma mowy. Stopień utraty słuchu jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna z leczenia;
10. **Zapalenie mózgu lub zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** - oznacza chorobę spowodowaną procesem zapalnym umiejscowionym w tkance mózgowej lub w oponie miękkiej, którego przyczyną jest zakażenie wirusowe lub bakteryjne lub grzyby prowadzące do istotnych powikłań, w tym ubytków neurologicznych, trwających co najmniej 3 miesiące. Rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.
	1. ***Rekonwalescencja*** - trwający nieprzerwanie maksymalnie 30 dni, pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym przez szpital, bezpośrednio po przynajmniej 14 - dniowym pobycie w szpitalu.
	2. ***Rodzic*** - ojciec lub matka Ubezpieczonego lub współmałżonka/partnera Ubezpieczonego oraz macocha i ojczym Ubezpieczonego lub współmałżonka/partnera Ubezpieczonego bądź osoba, która dokonała przysposobienia Ubezpieczonego lub współmałżonka Ubezpieczonego/partnera życiowego, jeśli nie żyje ojciec lub matka.
	3. ***Szpital*** - publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej udzielający świadczeń w formie leczenia stacjonarnego, zamkniętego.

Za szpital nie uważa się:

-      szpitala, domu opieki, ośrodka, oddziału lub innej jednostki, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność, profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy dotyczącą upośledzeń umysłowych lub zaburzeń zachowania,

-      szpitala, ośrodka, oddziału lub innej jednostki: sanatoryjnej, prewentoryjnej, uzdrowiskowej, rehabilitacyjnej lub rekonwalescencyjnej,

-      domowej opieki pielęgniarskiej,

-      hospicjum,

-      domu opieki,

-      ośrodka wypoczynkowego,

* -      szpitala, ośrodka, oddziału lub innej jednostki leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych.
	1. ***Zgon Ubezpieczonego*** – śmierć ubezpieczonego, w tym zgon naturalny.
	2. ***Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku*** - śmierć ubezpieczonego, będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ubezpieczenia. Niniejsza definicja dotyczy także zgonu małżonka Ubezpieczonego wskutek NW, zgonu rodziców Ubezpieczonego/rodziców małżonka Ubezpieczonego wskutek NW oraz zgonu dziecka wskutek NW.
	3. ***Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego*** - śmierć ubezpieczonego będąca następstwem wypadku komunikacyjnego zaistniałego w okresie ubezpieczenia. Niniejsza definicja również obowiązuje w przypadku, gdy wypadek komunikacyjny jest jednocześnie wypadkiem przy pracy.
	4. ***Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy*** - śmierć ubezpieczonego będąca następstwem wypadku, który nastąpił podczas lub w związku z wykonywaniem czynności w ramach stosunku pracy albo stosunku cywilnoprawnego, w ramach którego Zamawiający opłaca składki na ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych, jeśli nieszczęśliwy wypadek zaistniał w okresie ubezpieczenia.
	5. ***Zgon ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu*** – śmierć ubezpieczonego będąca następstwem zawału serca lub udaru mózgu zaistniałego w okresie ubezpieczenia, tj. data rozpoznania zawału serca lub udaru mózgu wskazana w diagnozie lekarskiej występuje w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Świadczenie zostanie wypłacone niezależnie od tego, czy choroby będące przyczyną zawału serca lub udaru mózgu były zdiagnozowane lub leczone przed objęciem ubezpieczonego ochroną z tego tytułu.
	6. ***Zgon Dziecka*** – zaistniała w okresie odpowiedzialności Wykonawcy śmierć dziecka, które nie ukończyło 25-go roku życia. Świadczenie za zgon dziecka jest wypłacane przez Ubezpieczyciela niezależnie od tego czy uczęszczał on do szkoły, czy też nie.
	7. ***Zgon noworodka*** - urodzenia martwego dziecka w rozumieniu przepisów dotyczą­cych porodów i urodzeń, jeżeli urodzenie zostało zarejestrowane.
	8. ***Trwała niezdolność do pracy*** – oznacza niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji rozumiana jako naruszenie sprawności organizmu powodująca konieczność stałej i długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokojeniu podstawowych potrzeb życiowych, orzekana przez lekarza orzecznika właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym, względem osoby, która całkowicie utraciła zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy na okres co najmniej 12 miesięcy. Świadczenie wypłacane jest w wysokości 100% sumy ubezpieczenia.
	9. ***Trwały uszczerbek na zdrowiu*** - trwałe, nie rokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji.
	10. ***Ubezpieczony*** - osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, mianowania, wyboru, spółdzielczej umowy o pracę, umowy cywilnoprawnej, pozostająca z Zamawiającym w stosunku prawnym oraz współmałżonek, partner i pełnoletnie dziecko tej osoby.
	11. ***Udar mózgu*** - incydent naczyniowo-mózgowy skutkujący wystąpieniem objawów neurologicznych związanych z nagłym wystąpieniem ogniskowego lub uogólnionego zaburzenia czynności mózgu, powstały w wyniku zaburzenia krążenia mózgowego wywołanego przyczynami naczyniowymi, rozumianymi jako wylew krwi do mózgu lub zatrzymaniem dopływu krwi do mózgu i prowadzący do trwałych ubytków neurologicznych.

Ubezpieczyciel nie ponosimy odpowiedzialności za udar, jeżeli przed początkiem odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego zdiagnozowano udar mózgu, przemijające niedokrwienie mózgu tzw. TIA, miażdżycę naczyń mózgowych.

* 1. ***Urodzenie się dziecka*** - urodzenie się dziecka żywego.
	2. ***Wypadek komunikacyjny*** - każdy wypadek wywołany ruchem pojazdu na drodze, z udziałem ubezpieczonego, jako uczestnika ruchu, kierowcy, pasażera; z tym, że określenia: *ruch pojazdu, pojazd, kierowca, uczestnik, droga* występują w rozumieniu zgodnym z obowiązującymi przepisami prawa o ruchu drogowym. Pojazdem jest również tramwaj. Za wypadek komunikacyjny przyjmuje się również wypadek wywołany ruchem pojazdu kolejowego, trakcyjnego, w tym metra, a także w związku z eksploatacją statku powietrznego koncesjonowanych linii lotniczych oraz statku wodnego, którego ubezpieczony był pasażerem lub członkiem załogi, a statek zatonął, został uszkodzony albo zaginął i nie został odnaleziony.
	3. ***Zawał serca*** - martwica części mięśnia sercowego spowodowana nagłym zmniejszeniem dopływu krwi do tej części mięśnia sercowego.

**Część II**

**KLAUZULE DODATKOWE – fakultatywne (podlegające ocenie)**

Zaakceptowanie klauzul dodatkowych nie może powodować zwyżki składki ponad maksymalną wymaganą przez Zamawiającego wysokość .

1. **Klauzula rozszerzenia listy chorób w ramach świadczenia za poważne zachorowanie ubezpieczonego** - rozszerzenie listy chorób o dodatkowe jednostki chorobowe, wymienione poniżej:

|  |  |
| --- | --- |
| Chirurgiczne leczenie aorty brzusznej | Zakażona martwica trzustki |
| Chirurgiczne leczenie aorty piersiowej | Bakteryjne zapalenie wsierdzia |
| Choroba Huntingtona | Utrata mowy |
| Schyłkowa niewydolność wątroby | Śpiączka |
| Utrata kończyny wskutek choroby | Paraliż co najmniej dwóch kończyn |
| Leczenie wady serca (wszczepienie zastawki serca) | Ciężki uraz głowy |
| Bezpłodność spowodowana chorobą | Choroba Alzheimera |
| Bakteryjne zapalenie mózgu lub opon rdzeniowo-mózgowych | Toksoplazmoza |

Przy czym dopuszcza się stosowanie definicji ww. jednostek chorobowych zgodnie z zapisami OWU Ubezpieczyciela.

1. **Klauzula wydłużenia okresu wypłaty za świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu -** wydłużenie maksymalnego okresu pobytu w szpitalu, za który wypłacane jest świadczenie z 120 dni do 180 dni w ciągu każdego roku trwania umowy ubezpieczenia.
2. **Klauzula zniesienia karencji** – Wykonawca obejmuje ubezpieczeniem pracowników, bez karencji, w pełnym zakresie przez 6 miesięcy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia lub nawiązania stosunku prawnego, jeżeli stosunek prawny Ubezpieczonego z Zamawiającym powstał po początku ochrony ubezpieczeniowej.
3. **Klauzula wypłaty świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu wskutek choroby** – świadczenie wypłacane będzie za pobyt w szpitalu, który będzie trwał nieprzerwanie co najmniej 1 dzień. Czas pobytu w szpitalu określa się na podstawie daty przyjęcia i daty wypisania ze szpitala.
4. **Klauzula rozszerzenia zakresu terytorialnego za świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu** – zakres terytorialny zostaje rozszerzony na cały świat.
5. **Klauzula dodatkowa na wypadek urodzenia się dziecka Ubezpieczonego z Apgar poniżej 5** – świadczenie obejmuje urodzenie się w okresie ubezpieczeniowym dziecka w stanie zdrowia określonym w skali Apgar poniżej 5. Wysokość świadczenia w tym zakresie zostanie powiększona o 500 zł. Pod uwagę brany będzie ostatni z dokonywanych pomiarów i będzie on świadczył, że noworodek urodził się w skali Apgar poniżej 5 pkt.
6. **Klauzula wynagrodzenia za czynności przygotowawcze** – Wykonawca za czynności związane z przygotowaniem deklaracji pracowników przystępujących do ubezpieczenia oraz przekazaniem ich Wykonawcy, deklaruje zapłatę wynagrodzenia osobie, której powierzone zostaną wyżej wymienione zadania, w wysokości nie mniejszej niż 5 zł za jedną deklarację. Po przekazaniu wszystkich deklaracji kwota wynagrodzenia zostanie wypłacona jednorazowo, na konto wskazane przez osobę, która wykonała powyższe czynności. Wynagrodzenie za czynności przygotowawcze zostanie również wypłacone, osobie prowadzącej ubezpieczenia grupowe
u Ubezpieczającego, jeżeli osoby przystępujące do grupowe wypełnią ją w wersji elektronicznej (tzw. e-deklaracje).
7. **Klauzula stażu do Indywidualnej Kontynuacji** – Wykonawca obejmie Indywidualną Kontynuacją ubezpieczonych po minimum 3 - miesięcznym okresie pozostawania w ubezpieczeniu grupowym.
8. **Klauzula zachowania warunków na Indywidualnej Kontynuacji** – Wykonawca obejmie Indywidualną Kontynuacją ubezpieczonych z zachowaniem warunków grupowego ubezpieczenia na okres nie krótszy niż 12 miesięcy. Po tym okresie zastosowanie będą miały zapisy OWU Wykonawcy dotyczące warunków Indywidualnej Kontynuacji.
9. **Klauzula zgonu dziecka** – Wykonawca wypłaci świadczenie z tytułu zgonu dziecka, które ukończyło 25 rok życia (brak ograniczenia wiekowego).
10. **Klauzula rozszerzenia katalogu operacji chirurgicznej** – Wykonawca rozszerzy katalog operacji chirurgicznych o zabieg cesarskiego cięcia i wypłaci świadczenie jak za najniższą wartość operacji chirurgicznej.
11. **Klauzula pobytu w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym** – Wykonawca wypłaci świadczenie za pobyt w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym, będący pierwszym pobytem po chorobie lub nieszczęśliwym wypadku, w celu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku lub choroby. Pobyt ten musi się rozpocząć w ciągu pierwszych 6 miesięcy od daty wystąpienia choroby lub nieszczęśliwego wypadku.
12. **Klauzula rozszerzająca definicję urodzenia dziecka** – Wykonawca wypłaci świadczenie z tytułu urodzenia dziecka w przypadku adopcji dziecka, pod warunkiem, że dziecko nie ukończyło 3 roku życia w dniu uprawomocnienia się orzeczenia o adopcji. Zamawiający wyjaśnia, że urodzenie dziecka nie musi nastąpić w trakcie odpowiedzialności Wykonawcy a jedynie prawne przysposobienie.
13. **Klauzula wydłużenia okresu rekonwalescencji** – Wykonawca wydłuży z 30 do 45 dni maksymalny czas pobytu na zwolnieniu lekarskim, za który wypłaci świadczenie rekonwalescencji.
14. **Klauzula skrócenia wymaganego czasu pobytu w szpitalu** – Wykonawca skróci z 14 do 10 dni czas wymaganego pobytu w szpitalu w ramach definicji rekonwalescencji.
15. **Klauzula świadczenia bólowego** – dla ubezpieczenia „trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem” zakres świadczeń zostaje rozszerzony o świadczenie „bólowe” z tytułu uszkodzeń (urazów) ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku, które wymagały interwencji lekarskiej w placówce medycznej i co najmniej jednej wizyty kontrolnej, ale nie zostały zakwalifikowane do uszkodzenia ciała (uszczerbku na zdrowiu) na podstawie obowiązującej w ofercie ubezpieczenia tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała. Świadczenie wypłacane na rzecz Ubezpieczonego na podstawie niniejszej klauzuli wynosi 0,5% sumy ubezpieczenia dla „trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem”.
16. **Klauzula włączenia otwartego katalogu operacji chirurgicznych** – na mocy niniejszej klauzuli zakres świadczeń z tytułu Operacji Chirurgicznych zostaje rozszerzony o świadczenie w tytułu operacji chirurgicznej (spełniającej definicje w pkt. 32.6), która nie jest wymieniona w katalogu operacji obowiązującego u Wykonawcy (zgodnie z OWU Wykonawcy) – tzw. otwarty katalog operacji chirurgicznych. W przypadku operacji chirurgicznej u Ubezpieczonego, która nie jest wymieniona w katalogu operacji w OWU Wykonawcy świadczenie zostanie wypłacone przez Wykonawcę (Ubezpieczyciela) w wysokości najniższej pojedynczej wypłaty z tytułu operacji chirurgicznej w danym wariancie, zgodnie z ofertą Wykonawcy.
17. **Klauzula alkoholowa** – na mocy niniejszej klauzuli zakres ochrony obejmuje także zdarzenia powstałe u ubezpieczonego (członka rodziny ubezpieczonego), będącego w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości. Ochrona na podstawie niniejszej klauzuli nie obejmuje wypadku komunikacyjnego lub wypadku w pracy spowodowanego przez ubezpieczonego (członka rodziny ubezpieczonego) będącego w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego lub wypadku w pracy.
18. **Klauzula gwarancji warunków na indywidualnej kontynuacji** – Wykonawca w ramach oferty ubezpieczenia gwarantuje osobom, bez względu na ich wiek, przechodzącym na indywidualną kontynuacje następujące minimalne warunki ubezpieczenia:
19. rodzaj i wysokość świadczeń

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zakres ubezpieczenia  | świadczenia oraz % sumy ubezpieczenia wypłaty świadczenia (dla osób poniżej 65 r.ż.) | świadczenia oraz % sumy ubezpieczenia wypłaty świadczenia (dla osób w wieku 65 lat i powyżej) |
| Zgon ubezpieczonego (śmierć naturalna) | 150% | 100% |
| Zgon ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu | 200% | 150% |
| Zgon ubezpieczonego wskutek NW (świadczenie łączne ze śmiercią ubezpieczonego) | 300% | 200% |
| Zgon ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym (świadczenie łączne ze śmiercią ubezpieczonego i śmiercią wskutek NW) | 700% | 600% |
| Trwały uszczerbek na zdrowiu – za 1% trwałego uszczerbku | 2% | 2% |
| Zgon małżonka | 50% | - |
| Zgon małżonka spowodowany NW (świadczenie łączne ze zgonem małżonka) | 300% | 250% |
| Zgon dziecka | 30% | - |
| Zgon rodziców ubezpieczonego / rodziców małżonka ubezpieczonego | 10% | - |
| Urodzenie dziecka | 10% | - |
| Urodzenie martwego dziecka | 20% | - |
| Osierocenie dziecka przez ubezpieczonego | 40% | - |

1. każdy z ubezpieczonych ma prawo do indywidualnego ustalania wysokości sumy ubezpieczenia
2. **składka maksymalna od każdego 1 000 zł sumy ubezpieczenia wynosi 6 zł**
3. Wykonawca gwarantuje niezmienność zakresu ubezpieczenia i wysokości świadczeń ubezpieczeniowych oraz niezmienność składki dla osób, które przeszły na indywidualną kontynuację.
4. **Klauzula świadczeń assistance na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia** – na mocy niniejszej klauzuli Wykonawca (Ubezpieczyciel) zorganizuje i pokryje koszty co najmniej poniższych świadczeń w związku z pogorszeniem się stanu zdrowia (*zdiagnozowanie u Ubezpieczonego choroby lub doznanie przez nią urazu w wyniku nieszczęśliwego wypadku bądź zdiagnozowanie choroby lub doznanie urazu w wyniku nieszczęśliwego wypadku przez członków rodziny ubezpieczonego /małżonek, partner życiowy, dziecko, rodzic/*) w okresie ubezpieczenia:
* wizyta lekarza lub lekarza specjalisty po nieszczęśliwym wypadku,
* dostarczenie do miejsca pobytu leków przepisanych przez lekarza,
* wizyta rehabilitanta w domu lub pokrycie kosztu wizyty w poradni rehabilitacyjnej,
* transport medyczny do placówki medycznej i powrotem,
* transport medyczny pomiędzy placówkami medycznymi,
* pomoc domowa po hospitalizacji,
* pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej,

przy czym limity kosztów na poszczególne świadczenia są zgodne w OWU Wykonawcy.

1. **Klauzula dostępności placówki** - Wykonawca udostępni lub wskaże funkcjonującą placówkę/ oddział/ przedstawicielstwo na terenie miasta Inowrocławia. Placówka musi gwarantować pracownikom możliwość m in.:
* pobrania wniosku o wypłatę świadczenia
* złożenia wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu grupowego ubezpieczenia na życie
* złożyć wniosek o indywidualną kontynuację
* opłacić składkę z tytułu indywidualnej kontynuacji.

Zamawiający wymaga od Wykonawcy oświadczenia o lokalizacji placówki/ oddziału/przedstawicielstwa.

1. **Klauzula zniżki na ubezpieczenia majątkowe** – na mocy niniejszej klauzuli Wykonawca gwarantuje dla osób przystępujących do ubezpieczenia grupowego (Ubezpieczonych) uzyskanie dodatkowo zniżki składki w wysokości minimum 10% na prywatne ubezpieczenia majątkowe zawierane przez Ubezpieczonych u Ubezpieczyciela majątkowego (z działu II ubezpieczeń), będącego w jednej grupie kapitałowej z Wykonawcą lub u innego Ubezpieczyciela majątkowego wskazanego w ofercie przez Wykonawcę.
2. **Klauzula zniżki na leki** – na mocy niniejszej klauzuli Wykonawca refunduje osobom ubezpieczonym w 80% koszt zakupu leki, jeżeli recepta na te leki zostanie wystawiona w okresie odpowiedzialności Wykonawcy oraz jeżeli recepta zostanie wystawiona w następstwie choroby lub wypadku, które wystąpiły w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Klauzula dotyczy tylko wariantu III.
3. **Klauzula leczenia szpitalnego dziecka** – na mocy niniejszej klauzuli zakres ubezpieczenia w wariancie III zostaje rozszerzony o świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego dziecka Ubezpieczonego, tj. wypłata świadczenia z tytułu pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby lub nieszczęśliwego wypadku. Świadczenie przysługuje od pierwszego dnia pod warunkiem, że pobyt dziecka w szpitalu trwał minimum 3 dni. Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego dziecka wynosi 60 zł za każdy dzień, jeżeli pobyt w szpitalu jest następstwem choroby. Jeżeli pobyt w szpitalu jest w następstwie nieszczęśliwego wypadku, to świadczenie będzie wypłacane w kwocie 100 zł za każdy dzień przez pierwsze 14 dni oraz w wysokości 60 zł za każdy dzień od 15-go dnia pobytu w szpitalu. Świadczenie za pobyt w szpitalu będzie wypłacane maksymalnie przez 90 dni w okresie każdego roku, liczonego od daty wejścia w życie polisy. Klauzula dotyczy tylko wariantu III.