

Załącznik nr 2 do SIWZ

ZAMAWIAJACY:

Województwo Kujawsko-Pomorskie - Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego, Pl. Teatralny 2, 87-100 Toruń występujący w imieniu jednostek wskazanych w załączniku nr 5 do niniejszej SIWZ, które wykonuje zadania przy pomocy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego; Pl. Teatralny 2; 87-100 Toruń

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA
(OPZ)**

Sprawa nr: WZP.272.20.2020

Grupowe ubezpieczenie na życie pracowników Województwa Kujawsko-Pomorskiego oraz członów ich rodzin

Kod CVP

66.51.10.00 – 5 Usługi ubezpieczeń na życie

66.51.20.00 – 2 Usługi ubezpieczeń od następstw nieszczęśliwych wypadków i ubezpieczeń zdrowotnych

I. Informacje ogólne

1. Struktura wiekowa i zawodowa pracowników

Dane dotyczące liczby pracowników urodzonych w poszczególnych latach kalendarzowych ich płci i charakteru ich pracy zostały zamieszczone w załączniku nr 1.

Liczba zatrudnionych to 2381 osób

II. Warunki szczególne

1. Przedmiotem zamówienia jest usługa grupowego ubezpieczenia na życie dla pracowników jednostek organizacyjnych Województwa Kujawsko Pomorskiego ich współmałżonków, partnerów życiowych oraz pełnoletnich dzieci, (z uwzględnieniem możliwości przedłużenia tego okresu w ramach prawa opcji).
2. W ubezpieczeniu, o którym mowa w pkt 1.1. powyżej Ubezpieczającym będzie Zamawiający, natomiast Ubezpieczonym będą pracownicy Ubezpieczającego, ich współmałżonkowie, partnerzy życiowi oraz pełnoletnie dzieci.
3. Ubezpieczenie jest dobrowolne. Osoby spełniające kryterium przynależności do grupy mogą w dowolnym momencie trwania umowy przystępować do ubezpieczenia.
4. Umowa ubezpieczenia zostanie zawarta na okres 36 miesięcy z możliwością przedłużenia tego okresu o kolejne 12 miesięcy w ramach prawa opcji. Zamawiający zakłada, że ochrona ubezpieczeniowa będzie obowiązywała w okresie od 1.10.2020 r.

- do 30.09.2023 r., z możliwością dwukrotnego przedłużenia w ramach prawa opcji na następujące okresy: 1.10.2023 r. do 30.09.2024 r.; i 1.10.2024 r. do 30.09.2025 r.;
5. Zamawiający przewiduje możliwość zastosowania prawa opcji: wg.pkt.4 siwz. Prawo opcji wymaga zgody Wykonawcy.
 6. Polisy ubezpieczeniowe będą wystawiane zgodnie z postanowieniami Umowy.
 7. Wykonawca zobowiązany jest do utrzymania wszystkich uruchomionych wariantów ubezpieczenia w niezmienionym kształcie do końca okresu ubezpieczenia – niezależnie od późniejszych zmian w liczebności uczestników w poszczególnych wariantach.
 8. Zgodnie z danymi o uczestnikach przetargu rozwiązanie umowy przez jedną jednostkę, nie ma wpływu na funkcjonowanie umów zawartych przez pozostałe jednostki.
 9. Polisy potwierdzające zawarcie umowy powinny być wystawione odrębnie dla każdej z Jednostek, jak również dla każdego wariantu ubezpieczenia. Zamawiający uzna warunek za spełniony jeżeli polisy wystawione będą dla każdej jednostki bez zastosowania odrębnych polis na poszczególne warianty.
 10. Ubezpieczenie składać się będzie z pięciu wariantów o różnym zakresie ochrony i różniących się wysokością świadczeń wypłacanych z tytułu objętych ochroną zdarzeń. Każdy z uprawnionych dokonuje swobodnego wyboru jednego wariantu w ramach którego chce być ubezpieczony. W zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia, pracownik wyraża zgodę na potrącanie przez Zamawiającego odpowiedniej wysokości składki z comiesięcznego wynagrodzenia.
 11. W każdej z jednostek mogą obowiązywać wszystkie zaproponowane warianty ubezpieczenia. Poszczególne warianty ubezpieczenia może funkcjonować, niezależnie od partycypacji osób.
 12. Oferta nie może zakładać różnic w warunkach, zakresie odpowiedzialności oraz wysokości składki ubezpieczeniowej w stosunku do przystępujących do ubezpieczenia pracowników i ich małżonków, partnerów życiowych oraz pełnoletnich dzieci pracowników.

III. Ubezpieczeni

1. Prawo przystąpienia do ubezpieczenia mają pracownicy Zamawiającego, ich małżonkowie, partnerzy życiowi oraz pełnoletnie dzieci.
2. Wykonawca zobowiązuje się do przyjęcia do ubezpieczenia wszystkich pracowników Zamawiającego oraz ich małżonków, partnerów życiowych oraz pełnoletnich dzieci, do 69 roku życia (uprawnionych) na podstawie imiennych deklaracji zgody, stanowiących standardowy dokument Wykonawcy dla tej czynności. Na tej podstawie ubezpieczenie obejmuje pełną ochroną wszystkich przyjętych przez Wykonawcę do ubezpieczenia osób do ukończenia przez nich 70 roku życia.
3. Wykonawca gwarantuje przyjęcie do ubezpieczenia pracowników w wieku powyżej 70 roku życia pod warunkiem, że byli objęci ochroną w dotychczas funkcjonującym grupowym ubezpieczeniu u Zamawiającego bezpośrednio przed zawarciem umów ubezpieczenia w ramach prowadzonego postępowania nowego programu ubezpieczenia, ubezpieczenie będzie obejmowało ochroną tą grupę pracowników do ukończenia przez nich 75 roku życia.

4. Wykonawca przyjmie do ubezpieczenia pracowników Zamawiającego przebywających na zwolnieniach lekarskich, urlopach macierzyńskich, urlopach bezpłatnych pod warunkiem, że są one ubezpieczone w dotychczas funkcjonującej umowie.
5. Małżonek, partner życiowy pracownika oraz pełnoletnie dziecko pracownika może przystąpić do tego samego wariantu co ubezpieczony pracownik lub innego funkcjonującego wariantu. Składka ubezpieczeniowa za członków rodziny (małżonek, partner życiowy, pełnoletnie dziecko) opłacana będzie z wynagrodzenia pracowników.
6. Ubezpieczony posiada możliwość dokonania zmiany wariantu ubezpieczenia na inny funkcjonujący wariant w ramach umowy ubezpieczenia w każdą miesięcznicę z zachowaniem karencji do różnicy sum ubezpieczenia. Ubezpieczony może dokonać zmiany polegającej na podwyższeniu sumy ubezpieczenia i składki jak i również może obniżyć sumę ubezpieczenia i składkę.
7. Ubezpieczony ma prawo w każdym momencie trwania umowy ubezpieczenia grupowego zrezygnować z ubezpieczenia składając ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji. Rezygnacja następować będzie z ostatnim dniem miesiąca za jaki została przekazana składka.

IV. Karencja

1. Zamawiający wymaga braku karencji dla osób obecnie ubezpieczonych oraz nowo zgłoszonych, jeżeli przystąpiły one do ubezpieczenia poprzez złożenie deklaracji uczestnictwa przed upływem 3-ch miesięcy liczonych od daty:
 - 1) rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia,
 - 2) nawiązania stosunku prawnego, jeżeli stosunek prawny ubezpieczonego z ubezpieczonym powstał po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej,
 - 3) zawarcia związku małżeńskiego,
 - 4) ukończenia 18-go roku życia (dotyczy dziecka pracownika),
 - 5) przebywających na urlopie macierzyńskim/tacierzyńskim.
2. Zamawiający dopuszcza zastosowanie karencji 9 miesięcy na świadczenie urodzenie dziecka dla nowo przystępujących bliskich (dotychczasowo nieubezpieczonych) oraz nowo przystępujących (dotychczasowo nieubezpieczonych) pracowników na formach zatrudnienia innych niż umowa o pracę w okresie od 1-go dnia funkcjonowania Umowy Generalnej, niezależnie od tego w jakim czasie przystąpi dana nowa osoba.
3. Dla osób, które przystąpią do ubezpieczenia po upływie trzech miesięcy od daty wprowadzenia ubezpieczenia lub po upływie trzech miesięcy od daty uzyskania uprawnienia przystąpienia do ubezpieczenia, będą obowiązywać okresy karencji zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia Wykonawcy dla danego ryzyka.
4. Zamawiający nie dopuszcza żądania przez Wykonawcę, wypełniania ankiet i kwestionariuszy medycznych, ani żadnych innych form oceny stanu zdrowia pracowników przystępujących do ubezpieczenia w pierwszych 3 miesiącach od daty uruchomienia programu. Zamawiający dopuszcza pytanie o stan zdrowia wyłącznie dla nowo przystępujących bliskich (dotychczasowo nieubezpieczonych) oraz nowo przystępujących (dotychczasowo nieubezpieczonych) pracowników zatrudnionych na umowach innych niż umowa o pracę w okresie od 1-go dnia funkcjonowania Umowy Generalnej, niezależnie od tego w jakim czasie przystąpi dana nowa osoba.

5. Dla ryzyk związanych z następstwami nieszczęśliwych wypadków obowiązuje brak karencji.
6. Klauzula ryzyka istniejącego (Pre existing). Wykonawca obejmuje ochroną ubezpieczeniową skutki stanów chorobowych oraz wypadków, które zostały stwierdzone lub zaszły przed początkiem odpowiedzialności Wykonawcy, powodujących nabycie przez ubezpieczonego prawa do świadczenia w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Zapisy te mają zastosowanie w odniesieniu do pełnego zakresu ochrony ubezpieczeniowej, u wszystkich ubezpieczonych, którzy przystąpili do ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od daty początkowej umowy ubezpieczenia lub w ciągu 3 miesięcy od daty zatrudnienia oraz zostały objęte ochroną ubezpieczeniową z zasadą ciągłości opłaty składki. Klauzula ryzyka istniejącego dotyczy wszystkich dotychczasowo ubezpieczonych, którzy złożą deklarację przystąpienia nie później niż w ciągu 3 miesięcy od uruchomienia programu oraz dla nowych osób, które złożą deklarację przystąpienia do ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od daty uzyskania uprawnienia, np. od daty zatrudnienia.

V. Składka

1. Pracownik przystępując do ubezpieczenia wyrazi zgodę na comiesięczne potrącenie przez Zamawiającego składki na ubezpieczenie z jego wynagrodzenia.
2. Składka ubezpieczeniowa za członków rodziny (małżonek, partner życiowy, dziecko) opłacana będzie z wynagrodzenia pracownika.
3. Składka na ubezpieczenie płatna będzie przez okres realizacji zamówienia w okresach miesięcznych.
4. Jednostkowe składki miesięczne dla każdego wariantu ubezpieczenia, a tym samym cena oferty, są wiążące przez cały okres realizacji zamówienia i nie podlegają waloryzacji.
5. Wysokość opłaconej składki będzie w każdym miesiącu iloczynem zaproponowanej składki za ubezpieczenie jednej osoby oraz liczby osób ubezpieczonych.
6. Pierwsza i kolejna składka płatna jest nie później niż do 25 dnia miesiąca kalendarzowego, za który jest należna ochrona. Jeżeli termin płatności przypada na dzień wolny od pracy, należność wymagana jest dnia kolejnego.
7. Za datę płatności składki uważa się datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.
8. Nieopłacenie przez Zamawiającego składki w całości lub części przewidzianym w terminie nie powoduje ustania odpowiedzialności Wykonawcy 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:

- 1) Informuje Zamawiającego o zaistniałej sytuacji w sposób bezpośredniego kontaktu telefonicznego i mailowego.
- 2) wzywa Zamawiającego do uzupełnienia zaległości wskazując co najmniej 14-dniowy dodatkowy termin zapłaty składki.

Powyższy zapis nie dotyczy pierwszej składki, której wpłata w terminie niezbędna jest do prawidłowego nadania początku odpowiedzialności.

Wznowienie ochrony ubezpieczeniowej będzie następowało nie wcześniej niż od dnia zapłaty przez Zamawiającego składki za wszystkich dotychczas ubezpieczonych z zachowaniem ciągłości ochrony ubezpieczeniowej i z obowiązkiem zapłaty przez Ubezpieczającego składki za okres zawieszenia.

VI. Realizacja umowy

1. Wykonawca zapewni dostępne za pośrednictwem Internetu środowisko informatyczne do obsługi ubezpieczenia umożliwiające:
 - 1) ewidencjonowanie osób przystępujących do ubezpieczenia,
 - 2) ewidencjonowanie osób występujących z ubezpieczenia,
 - 3) ewidencjonowanie zmian danych osobowych osób objętych ubezpieczeniem,
 - 4) generowanie indywidualnych potwierdzeń uczestnictwa w ubezpieczeniu,
 - 5) generowanie wniosku o wypłatę świadczeń umożliwiające jego późniejsze wydrukowanie lub elektroniczny formularz zgłaszania świadczeń z możliwością załączenia dokumentów
 - 6) możliwość zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego za pośrednictwem systemu,
 - 7) rozliczanie miesięcznych składek.
2. Zamawiający wymaga zapewnienia likwidacji szkód i wypłaty świadczeń. Wypłata świadczenia nastąpi w terminie trzydziestu dni licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku stanowiącym podstawę roszczenia, a gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności zakładu albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Przy tym jednakże bezsporną część świadczenia Wykonawca powinien spełnić w terminie 30 dni”
3. Zamawiający wymaga wypłaty świadczeń należnych ubezpieczonemu w formie przelewu na wskazane przez ubezpieczonego konto bankowe.
4. Zamawiający nie dopuszcza wykonywania jakiegokolwiek części zamówienia przez podwykonawców.
5. Zamawiający będzie wykonywał obowiązki Ubezpieczającego wynikające z umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z wybranym Wykonawcą, w ramach czego Zamawiający poprzez wyznaczonych przez siebie imiennie pracowników do obsługi tej umowy będzie wykonywał w szczególności następujące czynności:
 - 1) rzetelnie informował pracowników o możliwości przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie,
 - 2) udostępniał na żądanie osób uprawnionych do przystąpienia do programu deklaracje grupowego ubezpieczenia na życie,
 - 3) zbierał od pracowników wypełnione i podpisane deklaracje przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie,
 - 4) sporządzał wykaz osób po raz pierwszy przystępujących do grupowego ubezpieczenia na życie,
 - 5) sporządzał wykaz osób, za które ubezpieczający zaprzestał przekazywania składek w danym miesiącu,

- 6) udzielał zainteresowanym pracownikom informacji o procedurze realizacji świadczeń z umowy grupowego ubezpieczenia na życie, a także o wymaganych w tym celu dokumentach,
- 7) udzielał pracownikom informacji o możliwości – jeżeli takowa będzie – uzyskania dostępu do portalu internetowego, umożliwiającego samodzielną weryfikację polisy, zgłaszanie świadczeń, zgłaszanie zmian danych osobowych,
- 8) przekazywał składki miesięczne za ubezpieczonych za dany miesiąc, w którym świadczona będzie ochrona ubezpieczeniowa, na wskazane konto bankowe Wykonawcy, w terminie przewidzianym w SIWZ.
- 9) Wykonawca zobowiązuje się do pokrycia kosztów czynności administracyjnych związanych z obsługą umowy oraz kurtażu brokerskiego w łącznej wysokości stanowiącej równowartość 17% płaconej składki za każdy miesiąc trwania umowy i realizacji zamówienia. Wskazana wartość jest wartością minimalną. Na środki finansowe, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, składa się wynagrodzenie osób obsługujących ubezpieczenie u Ubezpieczającego oraz kurtaż dla Brokera. Podana wysokość kosztów obsługi oraz kurtażu stanowi wartość brutto. Zamawiający zobowiązuje się do obsługi administracyjnej grupowego ubezpieczenia na życie poprzez wskazana osobę/ osoby, która/-e będzie/będą realizować te czynności. Wskazanie tej osoby/osób nastąpi po wyborze najkorzystniejszej oferty, a przed zawarciem umowy w sprawie zamówienia publicznego. Wykonawca pokryje koszty obsługi administracyjnej ubezpieczenia grupowego, które powstaną po stronie Zamawiającego. Wykonawca zobowiązuje się zawrzeć umowę/ umowy na obsługę grupowego ubezpieczenia na życie na odrębnych, rozsądnych rynkowo, warunkach ustalonych ze wskazana przez Zamawiającego osoba/ osobami. Wykonawca zobowiązuje się do podpisania umów zlecenia ze wskazanymi przez Zamawiającego osobami do wykonywania czynności administracyjnych.

VII. Definicje

Definicje wymienione poniżej mają pierwszeństwo przed zapisami ogólnych warunków ubezpieczenia Wykonawcy.

1. **Ubezpieczony:** - osoba fizyczna, pracownik Zamawiającego, jego współmałżonek, partner życiowy lub pełnoletnie dziecko (uprawnieni), którzy są objęci ochroną ubezpieczeniową.
2. **Ubezpieczający:** - Jednostki Organizacyjne, które zawierają Umowę dobrowolnego, grupowego ubezpieczenia na życie w imieniu ubezpieczonych pracowników, ich współmałżonków, partnerów życiowych oraz pełnoletnich dzieci.
3. **Deklaracja przystąpienia** - pisemne oświadczenie woli pracownika jednostki organizacyjnej Zamawiającego, współmałżonka, partnera życiowego i pełnoletnich dzieci o przystąpieniu do wybranego przez siebie wariantu ubezpieczenia. Deklaracja przystąpienia zawiera podstawowe dane osoby deklarującej chęć przystąpienia do ubezpieczenia, ze wskazaniem uposażonych (gdy taka jest wola składających deklarację), oraz zgodę pracownika na potrącanie z wynagrodzenia należnej Ubezpieczycielowi składki. Pracownik Ubezpieczającego współmałżonek, partner życiowy i dzieci pełnoletnie mają swobodę przy wyborze wariantu ubezpieczenia. Pracownik ma prawo złożyć deklarację przystąpienia do wybranego przez siebie wariantu ubezpieczenia, w każdym czasie trwania umowy, pod warunkiem jednak, że w chwili przystąpienia ma nie mniej niż 18 lat i nie więcej niż 69 lat. Początek odpowiedzialności

wykonawcy następuje pierwszego dnia następnego miesiąca po miesiącu, w którym pracownik, współmałżonek, partner życiowy lub dzieci pełnoletnie złożyli deklarację. Warunkiem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej jest złożenie przez osobę uprawnioną deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia. Jednocześnie powołując się na Dz.U.2019.0.381 t.j. - Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej akceptuje Dokumenty w postaci elektronicznej. Zamawiający przekazuje deklarację Wykonawcy i opłaca w terminie pierwszą składkę.

4. **Deklaracja zmian** - informacja ubezpieczonego o zmianie danych podanych wykonawcy w deklaracji przystąpienia. Pracownik Ubezpieczającego, współmałżonek, partner życiowy, dzieci pełnoletnie mają prawo zmiany zakresu ubezpieczenia (zmiany wariantu ubezpieczenia), w każdą rocznicę zawarcia umowy generalnej.
5. **Pracownik jednostki organizacyjnej** - osoba fizyczna zatrudniona w jednostce organizacyjnej Województwa Kujawsko-Pomorskiego na podstawie umów o pracę, aktu powołania, mianowania, w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu pracy oraz umów cywilnoprawnych.
6. **Współmałżonek** – osoba pozostająca z ubezpieczonym pracownikiem w związku małżeńskim w stosunku do którego nie została na dzień zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową orzeczona separacja.
7. **Partner życiowy** - wskazana imiennie w pisemnej deklaracji przystąpienia ubezpieczonego osoba (tej samej bądź przeciwnej płci) stanu wolnego, nie będąca w związku małżeńskim, niespokrewniona z ubezpieczonym, prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe. Jedynym potwierdzeniem przez ubezpieczonego faktu bycia w związku partnerskim jest wskazanie partnera życiowego w deklaracji przystąpienia. Wykonawca nie może żądać żadnych dodatkowych potwierdzeń bycia w związku partnerskim. Warunkiem zgłoszenia partnera jest stan wolny ubezpieczonego; zgłoszenie bądź zmiana partnera wymaga formy pisemnej i możliwa jest jedynie w dacie przystąpienia do ubezpieczenia lub w rocznicę polisy; ochroną ubezpieczeniową jako partner może być objęta wyłącznie jedna osoba. Partner życiowy nabiera takich samych prawa jak Współmałżonek.
8. **Dziecko**: pod pojęciem dziecko należy rozumieć dziecko własne lub przysposobione, a także pasierbów ubezpieczonego (jeżeli nie żyje ojciec lub matka).
9. **Rodzic** – matka lub ojciec ubezpieczonego w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a także macocha lub ojczym ubezpieczonego, o ile nie żyje odpowiednio matka lub ojciec ubezpieczonego.
10. **Teść** – matka lub ojciec **aktualnego** współmałżonka ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a także macocha lub ojczym, o ile nie żyje odpowiednio matka lub ojciec współmałżonka ubezpieczonego.
11. **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, gwałtowne, zewnętrzne i niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego zdarzenie, wywołane przyczyną zewnętrzną, będące bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego ochroną Wykonawcy.
12. **Wypadek komunikacyjny** – wypadkiem komunikacyjnym jest wypadek:
 - 1) wywołany ruchem pojazdów na drodze, w którym ubezpieczony brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca, z tym że „pojazd”, „droga”, „uczestnik ruchu”

- i „kierowca” rozumiane są zgodnie ze znaczeniem nadanym przez obowiązujące przepisy prawa o ruchu drogowym; pojazdem jest również tramwaj,
- 2) wywołany ruchem pojazdu kolejowego ciągniętego przez pojazd trakcyjny, w którym ubezpieczony brał udział jako pasażer albo członek załogi tego pojazdu, z tym że:
 - 3) pojazd kolejowy oznacza pojazd dostosowany do poruszania się na własnych kołach po torach kolejowych,
 - 4) pojazd trakcyjny oznacza pojazd kolejowy z napędem własnym, w tym metro, wypadkiem komunikacyjnym, w rozumieniu pkt. 2) nie są wypadki dotyczące kolejowego transportu wewnątrzzakładowego oraz transportu linowego i linowo terenowego,
 - 5) wywołany eksploatacją pasażerskiego statku powietrznego koncesjonowanych linii lotniczych, który zaistniał od chwili, gdy jakkolwiek osoba weszła na jego pokład z zamiarem wykonania lotu, do chwili opuszczenia pokładu statku powietrznego przez wszystkie osoby znajdujące się na nim, a statek powietrzny został uszkodzony lub nastąpiło zniszczenie jego konstrukcji albo statek powietrzny zaginął i nie został odnaleziony, a urzędowe jego poszukiwania zostały odwołane lub statek powietrzny znajduje się w miejscu, do którego dostęp nie jest możliwy,
 - 6) wywołany ruchem statku, w którym ubezpieczony brał udział jako członek załogi bądź pasażer, a statek zatonął albo został uszkodzony lub nastąpiło zniszczenie jego konstrukcji albo statek zaginął i nie został odnaleziony, a urzędowe jego poszukiwania zostały odwołane lub statek znajduje się w miejscu, do którego dostęp nie jest możliwy.
13. **Udar mózgu-** nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrz mózgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych znajdujących potwierdzenie w badaniu fizykalnym i utrzymujących się przez okres co najmniej 4 miesięcy od chwili rozpoznania udaru mózgu; rozpoznanie musi zostać potwierdzone obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR); zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
- a) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA)
 - b) uszkodzenia mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem lub wypadkiem,
 - c) patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawału nerwu wzrokowego lub siatkówki) lub zaburzenia błędnika,
 - d) przebytego bezobjawowo udaru mózgu, rozpoznanego na podstawie badań obrazowych;
14. **Zawał serca–**
- 1) zawał mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST – objawy kliniczne niestabilności wieńcowej (m.in. ból w klatce piersiowej, duszność) z towarzyszącymi zmianami w EKG o charakterze niedokrwionym innymi niż uniesienie odcinka ST oraz wzrostem lub spadkiem podwyższonego stężenia biomarkerów sercowych, z zastrzeżeniem, że przynajmniej w jednym pomiarze to stężenie musi przekraczać górną granicę normy.

- 2) zawał mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST – objawy kliniczne niestabilności wieńcowej (m.in. ból w klatce piersiowej, duszność) z towarzyszącymi zmianami w EKG o charakterze przetrwałych uniesień odcinka ST lub świeżego bloku lewej odnogi pęczka Hisa oraz wzrostem lub spadkiem podwyższonego stężenia biomarkerów sercowych, z zastrzeżeniem, że przynajmniej w jednym pomiarze to stężenie musi przekraczać górną granicę normy.
- 3) zawał mięśnia sercowego związany z procedurami kardiologicznymi:
 - a) zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych do wartości przekraczającej trzykrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym w przypadku zabiegu przezskórnej interwencji wieńcowej (PCI), lub
 - b) zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych – w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych (CABG) – do wartości przekraczającej pięciokrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym.

Dotyczy ryzyk: Zgon spowodowanego zawałem serca, trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca, poważnie zachorowanie ubezpieczonego, poważne zachorowanie małżonka oraz leczenie szpitalne spowodowane zawałem serca.

15. Nowotwór złośliwy – Dotyczy ryzyk Poważne zachorowanie Ubezpieczonego oraz Poważne zachorowanie Małżonka.

Nowotwór złośliwy oznaczający:

- a) chorobę objawiającą się obecnością złośliwego guza (tzn. takiego, który nie jest otoczony torebką i charakteryzuje się zdolnością do naciekania tkanek i do tworzenia odległych przerzutów).
- b) białaczki oraz złośliwe schorzenia układu limfatycznego, takie jak ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina) i chłoniaki nieziarnicze. Rozpoznanie nowotworu złośliwego powinno być zweryfikowane badaniem histopatologicznym.
- c) rozszkana choroba nowotworowa - charakteryzująca się licznymi zmianami przerzutowymi przy braku potwierdzenia histopatologicznego gdy stan chorego nie pozwala na pobranie materiału do badania histopatologicznego i brak jest możliwości leczenia przyczynowego a obraz kliniczny i badań obrazowych jest jednoznaczny co do złośliwości procesu nowotworowego.

Z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone:

- 1) wszystkie stany hiperkeratozy (nadmiernego rogowacenia),
- 2) wszystkie guzy, gdzie po badaniu histopatologicznym stwierdzono stan przednowotworowy,

16. Nowotwór - Dotyczy ryzyka Poważne zachorowanie Dziecka

Nowotwór:

- a) chorobę objawiającą się obecnością złośliwego guza (tzn. takiego, który nie jest otoczony torebką i charakteryzuje się zdolnością do naciekania tkanek i do tworzenia odległych przerzutów) lub

- b) białaczki oraz złośliwe schorzenia układu limfatycznego, takie jak ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina) i chłoniaki nieziarnicze potwierdzonej przez patomorfologa na podstawie wyniku badania histopatologicznego.
- c) rozszkana choroba nowotworowa - charakteryzująca się licznymi zmianami przerzutowymi przy braku potwierdzenia histopatologicznego gdy stan chorego nie pozwala na pobranie materiału do badania histopatologicznego i brak jest możliwości leczenia przyczynowego a obraz kliniczny i badań obrazowych jest jednoznaczny co do złośliwości procesu nowotworowego.

Z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone:

- 1) zmiany opisywane w badaniu histopatologicznym jako stany przednowotworowe,
- 2) wszystkie stany hiperkeratozy (nadmiernego rogowacenia).

17. **Szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego. Za szpital nie uważa się:

- 1) placówek lecznictwa odwykowego,
- 2) hospicjów,
- 3) placówek dla przewlekle chorych,
- 4) zakładów opiekuńczo-leczniczych,
- 5) zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych,
- 6) zakładów lecznictwa uzdrowskiego w tym sanatoriów, prewentoriów, szpitali uzdrowskich, sanatoryjnych oraz rehabilitacyjno-uzdrowskich,
- 7) ośrodków rehabilitacyjnych,
- 8) szpitali rehabilitacyjnych,
- 9) oddziałów rehabilitacyjnych,
- 10) oddziałów dziennych.

18. **OIOM/OIT** - specjalistyczny oddział szpitalny przeznaczony dla chorych wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru. Za pobyt na OIOM/OIT świadczenie dla ubezpieczonego jest wypłacane, gdy jest on związany z pobytem w szpitalu, w związku z którym należne jest świadczenie. Dla wypłaty świadczenia istotny jest fakt odnotowania pobytu ubezpieczonego na oddziale OIOM/OIT w karcie informacyjnej pacjenta – niezależnie od tego ile godzin przebywał na nim.

VIII. Świadczenia podstawowe i obligatoryjne

1. Zakres Ubezpieczenia

Świadczenia obligatoryjne		PROPOZYCJE				
Opcja Ubezpieczenia		WARIANT I	WARIANT II	WARIANT III	WARIANT IV	WARIANT V
RODZAJ ŚWIADCZENIA		Wysokość świadczeń w PLN				
P A K I E T O C H R O N N Y	Śmierć Ubezpieczonego spowodowana					
	nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym przy pracy	165 000	205 000	245 000	340 000	325 000
	nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy	125 000	155 000	185 000	255 000	245 000
	nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym	125 000	155 000	185 000	255 000	245 000
	nieszczęśliwym wypadkiem	85 000	105 000	125 000	170 000	165 000
	zawałem serca lub udarem mózgu	65 000	80 000	95 000	130 000	125 000
	przyczyną naturalną	45 000	55 000	65 000	90 000	85 000
	Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem za 1% TU	400	500	600	900	800
	Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu – za 1% TU	300	400	500	800	700
	Trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji	30 000	30 000	30 000	50 000	35 000
S P O C A K J I A L E N Y	Śmierć małżonka wskutek NW komunikacyjnego	30 000	36 000	42 000	30 000	54 000
	Śmierć małżonka wskutek NW	20 000	24 000	28 000	20 000	36 000
	Śmierć małżonka	10 000	12 000	14 000	10 000	18 000
	Śmierć Dziecka	2 000	2 750	3 500	2 600	5 000
	Śmierć rodzica lub teścia	1 600	2 000	2 500	1 400	3 500
	Urodzenie się dziecka	1 300	1 600	1 900	1 300	2 500
	Urodzenie martwego Dziecka	2 600	3 200	3 800	2 600	5 000
	Osierocenie dziecka	5 000	5 500	6 000	4 500	7 000
P A K I E T M E D Y C Z N Y	Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	5 000	6 000	7 000	10 000	8 000
	Poważne zachorowanie małżonka	BRAK	BRAK	4 000	BRAK	6 000
	Poważne zachorowanie dziecka	BRAK	BRAK	2 000	BRAK	4 000
	Leczenie specjalistyczne	BRAK	3 000	4 000	7 000	6 000
	Operacje chirurgiczne	2 000	2 000	2 000	3 000	2 500
	Pobyt w szpitalu (wysokość świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu)					
	Spowodowany chorobą	50	50	50	85	70
	Spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu	80	80	80	115	100
	Spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	100	100	100	170	140
	Spowodowany NW przy pracy	150	150	150	255	210
	Spowodowany wypadkiem komunikacyjnym	150	150	150	255	210
	Spowodowany wypadkiem komunikacyjnym przy pracy	200	200	200	340	280
	Pobyt na OIOM	500	500	500	500	500
	Świadczenie po szpitalne	200	200	200	200	200
	INDYWIDUALNA KONTYNUACJA	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK

Zamieszczone w tabeli wysokości świadczeń są minimalnymi wartościami wymaganymi przez Zamawiającego.

W tabeli podano skumulowane wartości świadczeń, tj. stanowią całkowitą wartość świadczenia wypłacanego w przypadku zajścia danego zdarzenia.

- Śmierć naturalna Ubezpieczonego** – zgon ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
- Śmierć Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu** – śmierć Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Wykonawcy, Śmierć Ubezpieczonego musi nastąpić jako bezpośredni rezultat wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu. Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że śmierć nastąpiła przed upływem 1 miesiąca od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.

4. **Śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – śmierć Ubezpieczonego będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo skutkowy pomiędzy zdarzeniem a śmiercią ubezpieczonego oraz obydwie zdarzenia wystąpiły w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
5. **Śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego** - śmierć Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy, spowodowaną wypadkiem komunikacyjnym. Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo skutkowy pomiędzy zdarzeniem a śmiercią ubezpieczonego oraz obydwie zdarzenia wystąpiły w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
6. **Śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku przy pracy** - śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie odpowiedzialności Wykonawcy w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego czynności lub poleceń przełożonych w ramach łączącego ubezpieczonego z Zamawiającym stosunku pracy lub cywilnoprawnego, w ramach którego ubezpieczający opłaca składki na ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych. Wypadkiem przy pracy będzie także wypadek zaistniały w czasie pozostawania pracownika w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy. Na równi z wypadkiem przy pracy, traktuje się wypadek, któremu pracownik uległ w czasie podróży służbowej/ delegacji i przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające u pracodawcy organizacje związkowe. W odniesieniu do małżonków, partnerów życiowych i pełnoletnich dzieci pracowników, nie ma wymogu bycia zatrudnionym u Zamawiającego (osoby te muszą udowodnić zatrudnienie u innego pracodawcy). Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo skutkowy pomiędzy zdarzeniem a śmiercią ubezpieczonego oraz obydwie zdarzenia wystąpiły w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
7. **Śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy** - śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, który nastąpił w okresie odpowiedzialności Wykonawcy w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego czynności lub poleceń przełożonych w ramach łączącego ubezpieczonego z Zamawiającym stosunku pracy lub cywilnoprawnego, w ramach którego ubezpieczający opłaca składki na ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych. Wypadkiem komunikacyjnym przy pracy będzie także wypadek zaistniały w czasie pozostawania pracownika w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy. Na równi z wypadkiem komunikacyjnym przy pracy, traktuje się wypadek, któremu pracownik uległ w czasie podróży służbowej/ delegacji i przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające u pracodawcy organizacje związkowe. W odniesieniu do małżonków, partnerów życiowych i pełnoletnich dzieci pracowników, nie ma wymogu bycia zatrudnionym u Zamawiającego (osoby te muszą udowodnić zatrudnienie u innego pracodawcy). Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo skutkowy pomiędzy zdarzeniem a śmiercią ubezpieczonego oraz obydwie zdarzenia wystąpiły w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.

8. **Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – trwałe, nie rokujące poprawy uszkodzenie ciała, danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji, powstałe w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
9. **Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu**– trwałe naruszenie sprawności organizmu, powodujące upośledzenie czynności organizmu powstałe w wyniku zawału serca, udaru mózgu zaistniałego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
10. **Trwała niezdolność do pracy** – całkowita niezdolność ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, o ile zgodnie z wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania przez ubezpieczonego zdolności do pracy będącą rezultatem nieszczęśliwego wypadku lub choroby powstałych w okresie odpowiedzialności Wykonawcy;
11. **Śmierć współmałżonka/partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku** - śmierć małżonka/partnera ubezpieczonego spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
12. **Śmierć współmałżonka/partnera** - śmierć małżonka/partnera ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
13. **Śmierć dziecka** - śmierć dziecka ubezpieczonego lub uznanie za zmarłego (zgodnie z zapisami Kodeksu Cywilnego) w okresie odpowiedzialności Wykonawcy, mowa o dziecku, które nie ukończyło do 25 roku życia. Dotyczy każdego dziecka ubezpieczonego.
14. **Śmierć rodziców ubezpieczonego lub teściów ubezpieczonego** - śmierć w okresie odpowiedzialności Wykonawcy :- każdego z rodziców Ubezpieczonego albo ojczyma lub macochy (jeśli nie żyje matka lub ojciec) każdego z rodziców małżonka/partnera Ubezpieczonego albo ojczyma lub macochy (jeśli nie żyje matka lub ojciec małżonka/partnera Ubezpieczonego)
15. **Urodzenie dziecka** – urodzenie się żywego dziecka lub przysposobienie, potwierdzone wystawionym przez Urząd Stanu Cywilnego aktem urodzenia, w którym ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic tego dziecka w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
16. **Urodzenie dziecka martwego** – urodzenie się martwego dziecka, potwierdzone wystawionym przez Urząd Stanu Cywilnego aktem urodzenia z adnotacją, że dziecko urodziło się martwe, w którym ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic tego dziecka.
17. **Osierocenie dziecka** - osierocenie dziecka, własnego lub przysposobionego, na skutek śmierci ubezpieczonego podczas trwania umowy. Wypłata pełnej kwoty świadczenia przysługuje każdemu uprawnionemu dziecku ubezpieczonego, od urodzenia do 25 roku życia lub bez względu na wiek w razie całkowitej niezdolności dziecka do pracy. Niezdolność do pracy powinna zostać stwierdzona przez odpowiedni organ rentowy.
18. **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego** - obejmuje wystąpienie (zdiagnozowanie) u ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy, poważnego zachorowania. Poważne zachorowanie – to stan chorobowy objęty odpowiedzialnością Wykonawcy. W ofercie Wykonawca powinien przedstawić katalog oraz pełne definicje stanów chorobowych lub specjalistycznych zabiegów leczniczych objętych ochroną

ubezpieczeniową. Katalog jednostek chorobowych powinien być zgodny z funkcjonującymi u Wykonawcy w dniu składania oferty OWU. W przypadku stosowania w OWU innych nazw wymienionych w SIWZ stanów chorobowych, oferta powinna zawierać aneks zmieniający nazwy na zgodne z SIWZ. Wykonawca ponosi odpowiedzialność wobec ubezpieczonego za każdorazowe wystąpienie poważnego zachorowania objętego przedstawionym w ofercie katalogiem, chyba że pomiędzy dwiema (lub więcej) jednostkami chorobowymi zachodzi związek przyczynowo skutkowy – w takim przypadku Wykonawca płaci tylko za jedno poważne zachorowanie. W okresie odpowiedzialności Wykonawcy świadczenie z tytułu wystąpienia tego samego poważnego zachorowania może być wypłacone ubezpieczonemu tylko raz.

Minimalny zakres chorób objętych ochroną (zakres obligatoryjny dla ważności oferty to 36 jednostek chorobowych poważnego zachorowania, który zawiera poniższe 21):

- 1) bakteryjne zapalenie opon mózgowych
 - 2) choroba Aizaimera
 - 3) choroba creutzfeldta-jakoba
 - 4) choroba parkinsona
 - 5) choroba Leśniowskiego-Crohna
 - 6) guz mózgu
 - 7) niewydolność nerek
 - 8) nowotwór złośliwy
 - 9) oparzenia
 - 10) operacja aorty
 - 11) by pass naczyń wieńcowych
 - 12) schyłkowa niewydolność wątroby
 - 13) stwardnienie rozsiane
 - 14) śpiączka
 - 15) udar mózgu
 - 16) utrata mowy
 - 17) utrata słuchu
 - 18) utrata wzroku
 - 19) zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych
 - 20) zakażenie wirusem HIV jako powikłanie transfuzji krwionośny
 - 21) zawał serca
19. **Poważne zachorowanie Małżonka** -obejmuje wystąpienie (zdiagnozowanie) u małżonka ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy, poważnego zachorowania. Poważne zachorowanie – to stan chorobowy objęty odpowiedzialnością Wykonawcy. W ofercie Wykonawca powinien przedstawić katalog oraz pełne definicje stanów chorobowych lub specjalistycznych zabiegów leczniczych objętych ochroną ubezpieczeniową. Katalog jednostek chorobowych powinien być zgodny z funkcjonującymi u Wykonawcy w dniu składania oferty OWU. W przypadku stosowania w OWU innych nazw wymienionych w SIWZ stanów chorobowych, oferta powinna zawierać aneks zmieniający nazwy na zgodne z SIWZ. Wykonawca ponosi odpowiedzialność wobec ubezpieczonego za każdorazowe wystąpienie poważnego zachorowania u małżonka objętego przedstawionym w ofercie katalogiem, chyba że pomiędzy dwiema (lub więcej) jednostkami chorobowymi zachodzi związek przyczynowo skutkowy – w takim przypadku Wykonawca płaci tylko za jedno poważne zachorowanie. W okresie odpowiedzialności Wykonawcy świadczenie z tytułu

wystąpienia tego samego poważnego zachorowania może być wypłacone ubezpieczonemu tylko raz.

Minimalny zakres chorób objętych ochroną (zakres obligatoryjny dla ważności oferty to 22 jednostek chorobowych poważnego zachorowania, który zawiera poniższe 12):

- 1) Anemia aplastyczna,
- 2) choroba Creutzfeldta- Jacoba
- 3) choroba Parkinsona
- 4) niewydolność nerek
- 5) nowotwór złośliwy
- 6) by pass naczyń wieńcowych
- 7) stwardnienie rozsiane
- 8) udar mózgu
- 9) utrata wzroku
- 10) -zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych
- 11) -zakażenie wirusem HIV jako powikłanie transfuzji krwionośny
- 12) -zawał serca

20. **Poważne zachorowanie dziecka** – za wystąpienie poważnego zachorowania uznaje się ujawnienie lub zdiagnozowanie w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej wymienionych poniżej jednostek chorobowych. W ofercie Wykonawca powinien przedstawić katalog oraz pełne definicje stanów chorobowych lub specjalistycznych zabiegów leczniczych objętych ochroną ubezpieczeniową. Katalog jednostek chorobowych powinien być zgodny z funkcjonującymi u Wykonawcy w dniu składania oferty OWU. W przypadku stosowania w OWU innych nazw wymienionych w SIWZ stanów chorobowych, oferta powinna zawierać aneks zmieniający nazwy na zgodne z SIWZ. Wykonawca wypłaci świadczenie z tytułu wystąpienia każdego z poważnych zachorowań u jednego Dziecka Ubezpieczonego jeden raz, tzn. tylko przy jego pierwszym wystąpieniu.

Minimalny zakres chorób objętych ochroną (zakres obligatoryjny dla ważności oferty to 15 jednostek chorobowych poważnego zachorowania, który zawiera poniższe 9):

- 1) -nowotwór
- 2) -niewydolność nerek
- 3) -śpiączka
- 4) -oparzenia
- 5) -utrata mowy
- 6) -utrata słuchu
- 7) -utrata kończyn
- 8) -dystrofia mięśniowa
- 9) -pneumokokowe zapalenie opon mózgowych

21. **Leczenie specjalistyczne** – świadczenie wypłacone ubezpieczonemu w określonej kwocie (zgodnie z tabelą Wykonawcy) w przypadku przeprowadzenia u ubezpieczonego leczenia specjalistycznego: chemioterapii lub radioterapii, terapii interferonowej, wszczepienia kardiowertera (defibrylatora), wszczepienia rozrusznika serca, ablacji.
22. **Operacje chirurgiczne** – zabieg chirurgiczny, wykonany przez wykwalifikowanego lekarza o specjalności zabiegowej, w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, niezbędny z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia

lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu, w czasie trwania odpowiedzialności w stosunku do danego ubezpieczonego. Wykonawca ponosi odpowiedzialność za operacje chirurgiczne wykonywane bez przecięcia powłoki skórnej, metodą laparoskopową i endoskopową, zamkniętą oraz otwartą wymienione w katalogu operacji chirurgicznych (prosimy o załączenie w ofercie katalogu operacji chirurgicznych). Liczba kategorii/klas, według których operacje zostaną podzielone i w zależności od których Wykonawca będzie wypłacał świadczenie nie może być mniejsza niż 3 (najcięższe, pośrednie, najłżejsze) gdzie za operacje najcięższe (najbardziej skomplikowane pod względem medycznym) wypłata świadczenia będzie najwyższa, nie mniejsza niż wskazane sumy ubezpieczania dla operacji chirurgicznych. Dopuszcza się podział na większą liczbę kategorii/klas. Wykaz operacji powinien zawierać minimum 500 operacji /zabiegów chirurgicznych. Zamawiający nie dopuszcza wprowadzenia ograniczeń wypłaty świadczenia z tytułu ubezpieczenia operacji chirurgicznych związanych z minimalną długością koniecznego pobytu w szpitalu. Świadczenie wypłacone będzie bez względu na czas pobytu w szpitalu. W przypadku wykonania w okresie jednego pobytu w szpitalu kilku operacji chirurgicznych, które pozostają ze sobą w związku, Wykonawca wypłaci tylko jedno świadczenie, najwyższe ze względu na klasyfikację zabiegu. Wykonawca ponosi odpowiedzialność za operacje chirurgiczne do wyczerpania sumy ubezpieczenia. W każdą rocznicę polisy suma ubezpieczenia ulega wznowieniu.

Zamawiający uzna za spełnienie warunku, o którym mowa w podanym punkcie, jeżeli Wykonawca do realizacji umowy zastosuje katalog operacji zawierający min. 461 operacji z zastrzeżeniem, że jeżeli Ubezpieczony przeszedł operację niewyszczególnioną w katalogu, Wykonawca wypłaci świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia z tytułu operacji.

23. **Pobyt w szpitalu** – pobyt na oddziale szpitalnym służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem trwającym przez okres co **najmniej 1 dnia** lub chorobą trwającą przez okres co najmniej **2 dni**, maksymalny pobyt w szpitalu 180 dni (przy czym dni rozumiane jako kalendarzowe), zakres terytorialny cały świat. Koszt tłumaczenia dokumentacji pobytu w szpitalu za granicą ponosi ubezpieczony. Włączony do zakresu odpowiedzialności jest pobyt w szpitalu w związku z leczeniem niepłodności.

Świadczenie za pobyt w szpitalu wypłacane jest ubezpieczonemu za każdy dzień pobytu w szpitalu w okresie odpowiedzialności jak również za każdy dzień pobytu w szpitalu gdy pobyt w szpitalu zakończy się po ukończeniu odpowiedzialności Wykonawcy.

24. **Pobyt na OIOM/OIT** - pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w pomieszczeniu przeznaczonym wyłącznie intensywnej opiece medycznej, w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Świadczenie wypłacane Ubezpieczonemu jednorazowo w wysokości określonej w OPZ. Przez pomieszczenie intensywnej opieki medycznej należy rozumieć wyodrębniony organizacyjnie oddział w strukturze szpitala, wyposażony w sprzęt umożliwiający stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych oraz podjęcie czynności zastępczych w przypadku niewydolności narządów lub układów ustroju. Świadczenie ubezpieczeniowe przysługuje Ubezpieczonemu jeśli jest on uprawniony równocześnie do świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu. Dla wypłaty świadczenia istotny jest fakt odnotowania pobytu ubezpieczonego na oddziale OIOM/OIT w karcie informacyjnej pacjenta – niezależnie od tego ile godzin przebywał na nim.

25. **Świadczenie poszpitalne/ Karta apteczna** – świadczenie otrzymywane przez ubezpieczonego w formie gotówkowej lub bezgotówkowej po pobycie w szpitalu spowodowanym chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, który wystąpił w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Minimalna ilość dni skutkująca realizacją świadczenia to 4 dni. Ubezpieczony ma możliwość otrzymania świadczenia za każdy pobyt w szpitalu bez limitu ilości wydanych Świadczeń poszpitalnych/Kart aptecznych w ciągu roku polisowego.

IX. Dopuszczalne oraz jedyne wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności

1. Śmierć ubezpieczonego

Wykonawca nie wypłaca świadczenia w razie zgonu ubezpieczonego bezpośrednio w następstwie:

- 1) bezpośrednio w następstwie działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru, w wyniku czynnego udziału w masowych rozruchach społecznych,
- 2) bezpośrednio w następstwie w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez niego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa.
- 3) jeśli Ubezpieczony, niezależnie od stanu poczytalności, popełni samobójstwo w okresie 12 miesięcy od daty objęcia go ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia

2. Śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za skutki nieszczęśliwych wypadków, które powstały:

- 1) w wyniku działań wojennych, aktów czynnego udziału w aktach terroru lub czynnego udziału w masowych rozruchach społecznych,
- 2) podczas prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu, jeżeli ubezpieczony nie posiadał wymaganych prawem uprawnień,
- 3) podczas prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, a także po spożyciu narkotyków lub innych środków odurzających,
- 4) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa,
- 5) w wyniku samookaleczenia lub w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa,
- 6) jeśli ubezpieczony pozostawał w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających
- 7) w wyniku zatrucia spowodowanego spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających,
- 8) w wyniku uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to przez kogo były wykonane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku,
- 9) odpowiedzialnością Zakładu Ubezpieczeń, w ramach ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, nie są objęte choroby zawodowe i wszelkie inne

choroby lub stany chorobowe, nawet takie które występują nagle (np. choroby zakaźne, zaziębienia, zapalenie płuc, zakłócenia ciąży i porodu).

3. Śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego:

Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za skutki nieszczęśliwych wypadków, które powstały bezpośrednio w następstwie:

- 1) działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru, czynnego udziału w masowych rozruchach społecznych,
- 2) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych prawem uprawnień, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
- 3) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu, który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
- 4) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
- 5) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu w stanie pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
- 6) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa, w wyniku samookaleczenia lub w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa,
- 7) zatrucia spowodowanego spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających.

4. Śmierć Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub krwotoku śródmózgowego

Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności jak w przypadkach wyłączenia odpowiedzialności z tytułu zgonu ubezpieczonego.

5. Trwały uszczerbek na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku

Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności jak w przypadkach wyłączenia odpowiedzialności z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

6. Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu

Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności jak w przypadkach wyłączenia odpowiedzialności z tytułu zgonu ubezpieczonego.

7. Śmierć współmałżonka

Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności w razie zgonu współmałżonka wskutek działań wojennych, aktów terroru lub udziału w masowych zamieszkach społecznych.

8. Śmierć współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku

Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za skutki nieszczęśliwych wypadków które powstały bezpośrednio w następstwie:

- 1) działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru, czynnego udziału współmałżonka w masowych rozruchach społecznych,

- 2) prowadzenia przez współmałżonka pojazdu bez wymaganych prawem uprawnień, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) prowadzenia przez współmałżonka pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, a także pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - 4) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez współmałżonka przestępstwa,
 - 5) samookaleczenia lub w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez współmałżonka samobójstwa,
 - 6) zatrucia spowodowanego spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających,
 - 7) uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to przez kogo były wykonane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku.
9. **Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu (wskutek nieszczęśliwego wypadku, wskutek wypadku przy pracy, wskutek wypadku komunikacyjnego, wskutek zawału serca/krwotoku śródmózgowego, pobytu ubezpieczonego na rekonwalescencji, pobytu ubezpieczonego w szpitalu na OIOM:**

Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za pobyt ubezpieczonego w szpitalu:

- 1) w wyniku działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub czynnego udziału ubezpieczonego w masowych rozruchach społecznych,
- 2) w wyniku popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
- 3) podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu:
 - a) jeżeli ubezpieczony nie miał uprawnień, określonych w stosownych przepisach prawa, do prowadzenia danego pojazdu,
 - b) jeżeli ubezpieczony był w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
- 4) gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to konieczność hospitalizacji.
- 5) w wyniku samookaleczenia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa,
- 6) w wyniku wszelkich zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień,
- 7) w wyniku chorób wynikających z obniżenia odporności organizmu w przebiegu zakażenia wirusem HIV,
- 8) w związku z wykonywaniem badań lekarskich lub diagnostycznych nie wynikających z zachorowania, badań dawców narządów (z wyjątkiem pobytów

- pozostających w bezpośrednim związku z pobraniem narządu), obserwacji na wniosek sądu,
- 9) w wyniku ciąży, usuwania ciąży, porodu i położu - poza przypadkami, gdy zdiagnozowano ciążę wysokiego ryzyka lub poród o przebiegu patologicznym lub komplikacje położu stanowiące zagrożenie dla życia kobiety,
 - 10) w wyniku uszkodzeń i następstw uszkodzeń ciała i chorób powstałych na skutek aktów terroru lub katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie promieniami jonizującymi lub skażenie chemiczne,
 - 11) w wyniku operacji kosmetycznych lub plastycznych, w tym operacji zmiany płci, z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Zakładu Ubezpieczeń.
 - 12) w wyniku rehabilitacji z wyłączeniem pierwszej rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Zakładu Ubezpieczeń,
 - 13) w wyniku profesjonalnego uprawiania sportu lub uprawiania sportów niebezpiecznych takich jak: sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, sporty hipiczne, sporty lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, speleologia, nurkowanie z aparatem tlenowym, skoki do wody, skoki na linie.

10. Ubezpieczenie na wypadek operacji chirurgicznej

Zakład Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli konieczność przeprowadzenia operacji chirurgicznej powstała: Zakład Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli konieczność przeprowadzenia operacji chirurgicznej powstała:

- 1) w wyniku działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub udziału ubezpieczonego w masowych rozruchach społecznych,
- 2) w wyniku popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
- 3) Podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu:
 - a) jeżeli ubezpieczony nie miał uprawnień, określonych w stosownych przepisach prawa, do prowadzenia danego pojazdu,
 - b) jeżeli ubezpieczony był w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii.
- 4) gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to konieczność przeprowadzenia operacji chirurgicznej.
- 5) w wyniku samookaleczenia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa,
- 6) bezpośrednio w wyniku zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych bez względu na zastosowaną dawkę,

- 7) w wyniku uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to przez kogo były wykonane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku,
- 8) w wyniku kataklizmów naturalnych,
- 9) w wyniku profesjonalnego uprawiania sportu lub uprawiania sportów niebezpiecznych takich jak: sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, sporty hipiczne, sporty lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, speleologia, nurkowanie z aparatem tlenowym, skoki do wody, skoki na linie.
- 10) w wyniku przewozu lotniczego wykonywanego przez nielicencjonowanego przewoźnika,
- 11) jeżeli ubezpieczony był dawcą organów,
- 12) wykonanej w celu kosmetycznym lub estetycznym, z wyjątkiem operacji chirurgicznej niezbędnej do usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego lub choroby zdiagnozowanej w okresie odpowiedzialności Wykonawcy,
- 13) wykonanej w celu antykoncepcyjnym, z wyjątkiem operacji chirurgicznej niezbędnej gdy ciąża ewidentnie zagraża zdrowiu lub życiu kobiety,
- 14) zmniejszenia lub powiększenia piersi oraz zmiany płci,
- 15) związanej z wymianą wszczepionego na stałe urządzenia, sztucznego narządu lub części sztucznego narządu; która jest kolejną operacją chirurgiczną tego samego narządu, pozostającą w związku przyczynowo skutkowym z pierwszą operacją chirurgiczną, wykonaną w ramach leczenia tego samego stanu chorobowego lub skutków tego samego nieszczęśliwego wypadku (reoperacja).

11. Śmierć dziecka

Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zgonu dziecka, który nastąpił w wyniku działań wojennych, aktów terroru lub udziału w masowych rozruchach społecznych.

12. Śmierć rodziców i teściów ubezpieczonego

Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zgonu rodziców lub teściów ubezpieczonego, która nastąpiła w wyniku działań wojennych, aktów terroru lub udziału w masowych rozruchach społecznych.

13. Osierocenie dziecka

Wykonawca nie wypłaca świadczenia w razie zgonu ubezpieczonego bezpośrednio w następstwie:

- 1) działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru, w wyniku czynnego udziału w masowych rozruchach społecznych
- 2) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez niego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa
- 3) samobójstwa ubezpieczonego które nastąpiło przed upływem 12 miesięcy od momentu przystąpienia do ubezpieczenia. Wykonawca odstąpi od ograniczenia odpowiedzialności względem Ubezpieczonych z tytułu śmierci samobójczej od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia dla wszystkich wcześniej Ubezpieczonych w

podmiotach wchodzących w skład Urzędu Marszałkowskiego przez okres co najmniej 12 miesięcy.

14. **Poważne zachorowania**

Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poważnych zachorowań będących następstwem nieszczęśliwego wypadku, jeżeli powstały bezpośrednio:

- 1) w następstwie działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru, czynnego udziału ubezpieczonego w masowych rozruchach społecznych,
- 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
- 3) podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu jeżeli ubezpieczony nie miał uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
- 4) w następstwie prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu jeżeli ubezpieczony był w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
- 5) w następstwie gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
- 6) w wyniku samookaleczenia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa, bezpośrednio w wyniku zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych bez względu na zastosowaną dawkę,
- 7) w wyniku uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku.

W przypadku ryzyk niewymienionych powyżej Zamawiający dopuszcza stosowanie włączeń zapisanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Wykonawcy

X. Klauzule obligatoryjne

1. **Klauzula zbiegu roszczeń.** W przypadku, gdy zajście zdarzenia powoduje powstanie odpowiedzialności Wykonawcy w stosunku do ubezpieczonego z więcej niż jednego ryzyka ubezpieczonego, świadczenie ze wszystkich ryzyk zostanie wypłacone w pełnej wysokości bez zastosowania potrąceń.
2. **Klauzula redukcji świadczeń.** Zamawiający nie dopuszcza pomniejszenia kwoty wypłaty świadczenia z tytułu zgonu osoby ubezpieczonej o ile wcześniej zostało wypłacone świadczenie z tytułu: Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku; Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego

w wyniku zawału serca, krwotoku śródmózgowego, wylewu krwi do mózgu lub udaru mózgu, Ciężkiej choroby, Leczenia specjalistycznego, Operacji chirurgicznych, Pobytu w szpitalu, Pobytu na OIOM.

3. **Klauzula pełnej ochrony ubezpieczeniowej.** Zamawiający nie dopuszcza ograniczenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej w przypadku przekroczenia przez ubezpieczonego wieku 60 lat. w związku z powyższym wykonawca ponosi odpowiedzialność w przypadku zaistnienia następujących ryzyk: pobyt ubezpieczonego w szpitalu z powodu choroby, nieszczęśliwego wypadku, operacji chirurgicznych, ciężkiej choroby, leczenia specjalistyczne, trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca, krwotokiem śródmózgowym, trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem.

4. **Klauzula odpowiedzialności z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku samobójstwa.**

Jeżeli samobójstwo ubezpieczonego nastąpiło po upływie 12 miesięcy od momentu przystąpienia do ubezpieczenia, Wykonawca wypłaci świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego. – dotyczy osób, które nie posiadają zachowanej zasady ciągłości ubezpieczenia.

Wykonawca odstąpi od ograniczenia odpowiedzialności względem ubezpieczonych z tytułu śmierci samobójczej od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia – dotyczy osób, które były objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu wcześniejszych umów ubezpieczenia, (dotyczy wszystkich wcześniej ubezpieczonych w jednostkach podległych Samorządowi Województwa przez okres co najmniej 12 miesięcy.

5. **Klauzula Indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.** Zamawiający wymaga zagwarantowania ubezpieczonemu, który przestał być pracownikiem możliwości dożywotniej, indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia. Taką samą możliwość kontynuacji ubezpieczenia mają współubezpieczeni.

XI. Klauzule fakultatywne

1. **Klauzula rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o śmierć rodziców i teściów Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.** Wykonawca rozszerza zakres ubezpieczenia o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci rodzica lub teścia w wyniku nieszczęśliwego wypadku – świadczenie z tego tytułu jest wypłacane w wysokości dwukrotności świadczenia z tyt. śmierci rodzica/teścia z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek.
2. **Klauzula wypłaty świadczenia za zgon teściów Ubezpieczonego po śmierci współmałżonka.** Wykonawca wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu śmierci teścia, po śmierci współmałżonka/partnera życiowego (pod warunkiem, że ubezpieczony nie wszedł w nowy związek małżeński lub nie wskazał nowego partnera życiowego w deklaracji zmian.
3. **Klauzula aktów terroryzmu.** Wykonawca do zakresu ochrony ubezpieczeniowej włącza zdarzenia powstałe w bezpośrednim następstwie aktów terroryzmu, przez które rozumie się użycie przemocy przez jakąkolwiek osobę lub grupę osób, działających samodzielnie lub w czyimś imieniu lub w powiązaniu z jakąkolwiek organizacją lub

rzędem, dokonywane z pobudek politycznych, wyznaniowych, ideologicznych, z powodu przynależności etnicznej, rasowej, z zamiarem wywarcia wpływu na władzę państwową lub administracyjną, powodujące dezorganizację życia publicznego lub skierowane przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszenia.

4. **Klauzula odpowiedzialności z tytułu zgonu współmałżonka/partnera, dziecka w wyniku samobójstwa.** Jeżeli samobójstwo współubezpieczonego nastąpiło po upływie 12 miesięcy od momentu przystąpienia do ubezpieczenia, Wykonawca wypłaca świadczenie z tytułu zgonu współubezpieczonego. W stosunku do osób, które były objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia Wykonawca odstąpi od ograniczenia odpowiedzialności względem współubezpieczonych z tytułu śmierci samobójczej od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia (dotyczy wszystkich wcześniej Ubezpieczonych w podmiotach wchodzących w skład Urzędu Marszałkowskiego przez okres co najmniej 12 miesięcy).
5. **Klauzula odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego - nowotwór złośliwy in situ sutka lub gruczołu krokowego w wartości 2000 zł.** Odpowiedzialność Wykonawcy z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego in situ sutka lub gruczołu krokowego istnieje, jeżeli nowotwór ograniczony jest do tkanki sutka lub gruczołu krokowego oraz jednocześnie zmiana została zweryfikowana badaniem histologicznym jako carcinoma in situ; z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone: a) każdy nowotwór łagodny z dużym ryzykiem zezłośliwienia (stan przedrakowy), b) każda zmiana opisana histologicznie jako dysplazja, c) nowotwór złośliwy będący objawem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV; za datę wystąpienia zdarzenia uznaje się datę pobrania materiału do badania histologicznego.
6. **Klauzula nowotworu złośliwego.** Jeżeli u ubezpieczonego zostanie zdiagnozowany nowotwór złośliwy zgodny z definicją Zmawiającego Wykonawca wypłaci podwójne świadczenie z tytułu poważnego zachorowania, tj. 200% SU z tytułu Poważnego zachorowania.

Dotyczy ryzyk Poważne zachorowanie Ubezpieczonego oraz Poważne zachorowanie Małżonka, Poważne zachorowanie dziecka.

7. **Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego, Małżonka, Dziecka.** Wykonawca rozszerzy zakres poważnego zachorowania Ubezpieczonego, Małżonka, Dziecka powyżej ilości wskazanej jako obligatoryjna dla danego ryzyka z zachowaniem definicji OWU Wykonawcy.
8. **Klauzula odpowiedzialności z tytułu Rekonwalescencji Ubezpieczonego** – świadczenie wypłacane Ubezpieczonemu po pobycie w szpitalu – Zamawiający zaakceptuje zastosowaną definicję jak i sposób realizacji świadczenia wg OWU Wykonawcy, który zaprezentuje daną klauzulę.
9. **Klauzula redukcji świadczenia za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu z przyczyn innych niż choroba.** Zamawiający nie dopuszcza pomniejszenia redukcji kwoty wypłaty świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu z przyczyn innych niż choroba tj. powstałych w wyniku nieszczęśliwego wypadku po np. 14 dniach pobytu. Wykonawca usługi wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia dodatkowego.

10. **Klauzula pobytu w szpitalu nie wymagającego określonego czasu pobytu w szpitalu**
Wykonawca wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie za pobyt w szpitalu potwierdzony dokumentacją medyczną nieprzerwanie za co najmniej 1 dzień w przypadku pobytu w szpitalu w wyniku NW wyłącznie w celu leczenia doznanych obrażeń ciała, czyli po udokumentowanym pobycie na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym
11. **Klauzula urodzenia dziecka z Apgar w przedziale punktowym 0-4.** W przypadku urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu, którego stan został określony w przedziale 0-4 punktów w skali Apgar Wykonawca zobowiązuje się do wypłaty dodatkowo jednorazowego świadczenia w wysokości 250% z wartości wskazanej jako urodzenie się dziecka. Przy ustalaniu punktacji w skali Apgar bierze się pod uwagę ostatnią dokonaną ocenę. Świadczenie zostanie wypłacone w przypadku urodzenia się dziecka w okresie ubezpieczenia.
12. **Klauzula Urodzenia się dziecka wymagającego leczenia** – Wykonawca wypłaci dodatkowo jednorazowe świadczenia w wysokości 200% z wartości wskazanej jako urodzenie się dziecka dla Ubezpieczonego, któremu urodziło się dziecko, które przy urodzeniu spełniło co najmniej jedną z poniższych przesłanek:
 - a) Przy urodzeniu otrzymało 1-8 punktów w skali Apgar,
 - b) Urodziło się z wadą wrodzoną,
 - c) Urodziło się jako wcześniak,

Przy ustalaniu punktacji w skali Apgar bierze się pod uwagę ostatnią dokonaną ocenę. Świadczenie zostanie wypłacone w przypadku urodzenia się dziecka w okresie ubezpieczenia.
13. **Klauzula rozszerzenia katalogu operacji chirurgicznych o zabieg cesarskiego cięcia.**
Wykonawca zobowiązuje się do rozszerzenia katalogu operacji chirurgicznych o zabieg cesarskiego cięcia i wypłaty świadczenia na poziomie 25 % sumy ubezpieczenia z tytułu operacji chirurgicznych.
14. **Klauzula wypłaty świadczenia za uraz nie powodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego** - Wykonawca wypłaci świadczenie za zdarzenie objęte nieszczęśliwym wypadkiem, natomiast nie skutkujące trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego w wysokość 0,5% wartość Trwałego uszczerbku na podstawie przedstawionej dokumentacji medycznej wskazującej na stłuczenia i rany.

XII. Indywidualna Kontynuacja Ubezpieczenia

1. Zamawiający wymaga zagwarantowania w ramach Umowy ubezpieczenia grupowego każdemu Ubezpieczonemu, prawa do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia rocznie - automatycznie odnawialnej po ustaniu stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym oraz okresie korzystania z urlopu wychowawczego lub bezpłatnego jak również w stosunku do ubezpieczonego który odbywa służbę wojskową.
2. Staż wymagany do nabycia prawa do indywidualnej kontynuacji – 3 miesiące (z uwzględnieniem udokumentowanego stażu z „dotychczasowego” ubezpieczenia – pod warunkiem, że została zachowana ciągłość ubezpieczenia).

3. Minimalny zakres i wysokość świadczeń w ubezpieczeniu indywidualnie kontynuowanym:

ZAKRES OCHRONY - obligatoryjny	Świadczenie jako % sumy ubezpieczenia
Śmierć ubezpieczonego	100%
Śmierć ubezpieczonego w wyniku NW – dodatkowo oprócz świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego	100%
Śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego - dodatkowo oprócz świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego i śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem	500%
Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku NW	4% sumy ubezpieczenia za każdy 1 procent uszczerbku
Śmierć małżonka	50%
Śmierć małżonka w wyniku NW - – dodatkowo oprócz świadczenia z tytułu śmierci małżonka	250%
Śmierć dziecka	30%
Śmierć rodziców i teściów	20%
Urodzenie się dziecka	10%
Urodzenie się martwego dziecka	20%
Osierocenie dziecka przez ubezpieczonego	40%

4. Minimalne SU dla Indywidualnej kontynuacji to
- Wariant I – Zgon Ubezpieczonego 8 500 zł
 - Wariant II – Zgon Ubezpieczonego 10 500 zł
 - Wariant III– Zgon Ubezpieczonego 12 000 zł
 - Wariant IV – Zgon Ubezpieczonego 12 000 zł
 - Wariant V – Zgon Ubezpieczonego 12 000 zł
5. Ubezpieczeni mają możliwość kontynuowania ubezpieczenia rodzinnego, minimum do wysokości sum ubezpieczenia jakie obowiązywały ich w ubezpieczeniu grupowym.

XIII. Inne postanowienia

1. W zakresie nieuregulowanym zapisami SIWZ, zastosowanie będą miały zapisy zawarte w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia z tym, że nie będą one ograniczać lub wyłączać zapisów w SIWZ.
2. Wybrany Wykonawca na własny koszt zorganizuje realizację wszelkich procedur niezbędnych do zawarcia i obsługi ubezpieczenia. Co oznacza, że przedstawiciel

Wykonawcy będzie miał czynny udział w akcji informacyjnej oraz w procesie akwizycyjnym, w tym udział w spotkaniach informacyjnych dla pracowników Zamawiającego, zorganizowania szkolenia obsługowego dla pracowników administrujących umowami ubezpieczenia grupowego u Zamawiającego. Czynności związane z udziałem w spotkaniach informacyjnych, szkoleniach obsługowych mogą być wykonywane przy użyciu środków porozumiewania się na odległość np. wideorozmowy czy telekonferencje.

3. Zamawiający dopuszcza możliwość zaocznego orzekania na podstawie przedstawionej kompletnej dokumentacji medycznej. W przypadku braku akceptacji wysokości orzeczonego w ten sposób trwałego uszczerbku na zdrowiu, ubezpieczonemu, na uzasadniony wniosek, przysługuje prawo do ponownej weryfikacji medycznej przed komisją lekarską. Za komisję lekarską w rozumieniu niniejszych zapisów, uznaje się również badanie lekarskie.