

Załącznik nr 1 do SIWZ

SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Świadczenie usługi grupowego ubezpieczenia na życie dla pracowników Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Szczecinie oraz członków ich rodzin

66.51.10.00-5 Usługi ubezpieczeń na życie

I. INFORMACJE O UBEZPIECZAJĄCM I UBEZPIECZONYCH ORAZ OKRES UBEZPIECZENIA

1) UBEZPIECZAJĄCY

Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony (dalej: SPWSZ)
ul. Arkońska 4; 71 - 455 Szczecin

2) UBEZPIECZENI

Zgodnie z uchwałą NR XVI/292/16 SEJMIKU WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO z dnia 15 listopada 2016 r. „w sprawie połączenia Specjalistycznego Szpitala im. Prof. Alfreda Sokołowskiego w Szczecinie z Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym w Szczecinie”, Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie przejął od dnia 04.03.2017 r. Specjalistyczny Szpital im. Prof. Alfreda Sokołowskiego w Szczecinie, ul. A. Sokołowskiego 11, 70-891 Szczecin.

Specjalistyczny Szpital im. Prof. Alfreda Sokołowskiego w Szczecinie został od dnia 04.03.2017 r. połączony z Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym w Szczecinie, który był podmiotem przejmującym. W wyniku połączenia Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie wstąpił we wszystkie stosunki prawne, których podmiotem był podmiot przejmowany (Specjalistyczny Szpital im. Prof. Alfreda Sokołowskiego w Szczecinie), bez względu na charakter prawny tych stosunków oraz przejął zobowiązania i należności wynikające z działalności podmiotu przejmowanego, według stanu na dzień połączenia.

W związku z powyższym połączeniem na terenie SPWSZ funkcjonują aktualnie 3 programy ubezpieczeń.

Wg stanu na grudzień 2017 r. ubezpieczone są:

- w programie nr 1 (ubezpieczający SPWSZ) – 1.155 ubezpieczonych
- w programie nr 2 (ubezpieczający zewnętrzny) - wariant I - 213 ubezpieczonych (159 pracowników; 54 członków rodzin) - polisa z pełnym zakresem rodzinnym, wariant II - 327 ubezpieczonych (260 pracowników; 67 członków rodzin) - polisa z obniżonym świadczeniem za urodzenie dziecka; wariant III - 67 ubezpieczonych (54 pracowników; 13 członków rodzin) - polisa bez świadczeń rodzinnych;
- w programie nr 3 (ubezpieczający: związki zawodowe): 166 osób ubezpieczonych (na 03.01.2018 r.).

Na podstawie umowy o pracę oraz na podstawie kontraktów zatrudnionych jest 2.124 osób (stan na dzień 28.02.2018 r.).

Wśród ubezpieczonych są osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę, osoby zatrudnione na podstawie umów typu „kontrakt” (tj. umów podpisanych z osobami wyłonionymi w trybie konkursu ofert zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948, 2260) oraz członkowie ich rodzin (w tym partnerzy).

Zamawiający przewiduje do ubezpieczenia łącznie 1.928 osób (osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę bądź na podstawie umów typu „kontrakt”, ich współmałżonkowie/ partnerzy i pełnoletnie dzieci). Zamawiający nie gwarantuje jednakże przystąpienia do ubezpieczenia szacowanej liczby osób, z uwagi na fakt, iż jest to ubezpieczenie dobrowolne i Zamawiający nie może zobowiązać pracowników i ich rodzin aby do niego przystąpili.

3) STRUKTURA ZATRUDNIENIA WG WIEKU I PŁCI na dzień 28.02. 2018 r. stanowi załącznik A do SIWZ

Wykaz ujmuje dane o wszystkich osobach zatrudnionych na umowę o pracę i na podstawie umowy typu „kontrakt”.

4) OKRES UBEZPIECZENIA: 36 miesięcy od dnia rozpoczęcia usługi ubezpieczeniowej, tj. od 01 listopada 2018 r. do 31 października 2021 r.

II. MINIMALNE WYMAGANIA ZAMAWIAJACEGO.

II.1. MINIMALNY WYMAGANY ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁACANYCH ŚWIADCZEŃ

Tabela „Minimalny zakres ubezpieczenia i wysokość świadczeń”

Lp.	Minimalny zakres ubezpieczenia	Minimalna wysokość świadczenia w zł w ciągu roku polisowego	
		Opcja I	Opcja II
1	Zgon ubezpieczonego	38.500,00	50.000,00
2	Zgon ubezpieczonego wskutek NW	92.500,00	100.000,00
3	Zgon ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego	152.500,00	150.000,00
4	Zgon ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy	152.500,00	150.000,00
5	Zgon ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego przy pracy	212.500,00	200.000,00
6	Zgon ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu	76.500,00	85.000,00
7	Zgon współmałżonka/partnera	12.000,00	14.400,00
8	Zgon współmałżonka/partnera wskutek NW	25.000,00	24.400,00
9	Zgon rodziców ubezpieczonego i rodziców współmałżonka	2.200,00	2.000,00
10	Zgon dziecka własnego lub przysposobionego (bez względu na wiek dziecka)	4.000,00	3.200,00
11	Urodzenie dziecka (w tym przysposobienie dziecka bez względu na jego wiek)	1.100,00	500,00
12	Urodzenie martwego dziecka	3.000,00	1.000,00
13	Osierocenie dziecka - jednorazowe świadczenie dla każdego dziecka ubezpieczonego z tytułu zgonu ubezpieczonego	5.000,00	3.200,00
14	Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem - za każdy 1 % trwałego uszczerbku (świadczenie za 100% uszczerbku wynosić będzie 100 krotność tej wartości)	500,00	800,00
15	Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu - za każdy 1 % trwałego uszczerbku (świadczenie za 100% uszczerbku wynosić będzie 100 krotność tej wartości)	494,00	340,00
	Leczenie szpitalne (wiersze od 16 do 28):		
16	Pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą	60,00/dzień	60,00/dzień
17	Pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku do 14 dni	137,50/dzień	240/dzień
18	Pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku powyżej 14 dni	60,00/dzień	60,00/dzień
19	Pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego do 14 dni	185/dzień	300/dzień
20	Pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	60,00/dzień	60,00/dzień

Lp.	Minimalny zakres ubezpieczenia	Minimalna wysokość świadczenia w zł w ciągu roku polisowego	
		Opcja I	Opcja II
	komunikacyjnego powyżej 14 dni		
21	Pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku przy pracy do 14 dni	185/dzień	300/dzień
22	Pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku przy pracy powyżej 14 dni	60,00/dzień	60,00/dzień
23	Pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy do 14 dni	232,50/dzień	330/dzień
24	Pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy powyżej 14 dni	60,00/dzień	60,00/dzień
25	Pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu do 14 dni	82,50/dzień	180/dzień
26	Pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu powyżej 14 dni	60,00/dzień	60,00/dzień
27	Pobyt ubezpieczonego w szpitalu na Oddziale Intensywnej Terapii	500,00	600,00
28	Rekonwalescencja	27,50/dzień	30,00/dzień
29	Wystąpienie ciężkiej choroby u ubezpieczonego (minimum 23 choroby) Wykaz chorób z zakresu minimalnego (definicje chorób zgodnie z SIWZ): zawał serca, chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych -by-pass, udar mózgu, niewydolność nerek, nowotwór złośliwy, choroba Creutzfelda-Jakoba, transplantacja organów, oparzenia, utrata wzroku, choroba Parkinsona, oponiak mózgu, zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji krwi, zakażenie wirusem HIV będące następstwem wykonywania obowiązków zawodowych, wirusowe zapalenie wątroby typu B i C, anemia aplastyczna, bąblowiec mózgu, masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie, odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu, ropień mózgu, sepsa, tężec, wścieklizna, zgorzel gazowa.	5.000,00	6.000,00
30	Wystąpienie ciężkiej choroby u współmałżonka / partnera (minimum 17 chorób) Wykaz chorób z zakresu minimalnego (definicje chorób zgodnie z SIWZ): zawał serca, chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych -by-pass, udar mózgu, niewydolność nerek, nowotwór złośliwy, choroba Creutzfelda-Jakoba, zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji krwi, zakażenie wirusem HIV będące następstwem wykonywania obowiązków zawodowych, anemia aplastyczna, bąblowiec mózgu, masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie, odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu, ropień mózgu, sepsa, tężec, wścieklizna, zgorzel gazowa.	3.500,00	3.000,00
31	Wykonanie operacji chirurgicznej u ubezpieczonego (minimum 525 operacji wg katalogu ubezpieczyciela)	suma ubezpieczenia: 2.500 zł	suma ubezpieczenia: 3.500,00
32	Trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji	20.000,00	11.000,00
33	Składka maksymalna	50,00 zł	63,00 zł

**Wartości świadczeń w wierszach 2 – 6, 8, 17, 19, 21, 23, 25 są skumulowane.*

- 1) Miesięczna składka od jednego ubezpieczonego nie może przekroczyć w opcji I **50,00 zł** i w opcji II **63,00 zł**. W przypadku zaoferowania w ofercie składki wyższej niż maksymalna oferta będzie podlegała odrzuceniu jako sprzeczna z treścią SIWZ.
- 2) Zamawiający wymaga funkcjonowania równocześnie 2 opcji ubezpieczenia (opcja I i II).
- 3) Każdy z pracowników przystępujących do ubezpieczenia ma prawo swobodnego wyboru określonej opcji ubezpieczenia. Członkowie rodziny pracownika również mają prawo swobodnego wyboru określonej opcji ubezpieczenia, tzn. że mają prawo wyboru opcji odmiennej niż opcja wybrana przez pracownika.

- 4) Szacowana liczba osób do ubezpieczenia – 1.928 przy czym zamawiający nie gwarantuje przystąpienia do ubezpieczenia szacowanej liczby osób, z uwagi na fakt, iż jest to ubezpieczenie dobrowolne i Zamawiający nie może zobowiązać pracowników i członków ich rodzin aby do niego przystąpili. Ostateczna imienna liczba ubezpieczonych zostanie sporządzona na podstawie deklaracji osób, które podejmą decyzję o przystąpieniu do ubezpieczenia. W ciągu okresu obowiązywania umowy mogą następować zmiany liczby osób ubezpieczonych (nowe osoby ubezpieczone, rezygnacje, zgony itp.).
- 5) Do grupowego ubezpieczenia może przystąpić każda osoba pozostająca w stosunku pracy z zamawiającym bez względu na podstawę prawną zatrudnienia oraz każda osoba zatrudniona przez Zamawiającego na podstawie umowy typu „kontrakt” (tj. umowy podpisanej z osobą wyłonioną w trybie konkursu ofert zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948, 2260, z 2017 r. poz. 2110, 2217)), a także współmałżonkowie /partnerzy lub pełnoletnie dzieci (własne, przysposobione, pasierb) tych osób. Pod pojęciem **pracownika / osoby zatrudnionej** należy rozumieć zarówno osobę zatrudnioną na podstawie umowy o pracę jak też na podstawie umowy typu „kontrakt”. Współmałżonek /partner lub pełnoletnie dzieci pracownika mogą przystąpić do ubezpieczenia wówczas, jeżeli do ubezpieczenia przystąpił ten pracownik.
- 6) Do ubezpieczenia uprawniona osoba może przystąpić w każdym czasie w okresie ważności umowy ubezpieczenia.
- 7) Przez grupowe ubezpieczenie na życie (ubezpieczenie) rozumie się umowę ubezpieczenia podstawowego oraz wszystkie rozszerzenia w formie umów ubezpieczenia dodatkowego, dodatkowych świadczeń, itp. wynikających z określonego w SIWZ i ofercie Wykonawcy zakresu ochrony.
- 8) Członkowie rodzin pracowników, tj. współmałżonkowie/ partnerzy i pełnoletnie dzieci ubezpieczeni będą na takich samych warunkach (w szczególności co do zakresu, wysokości świadczeń i składki) jak pracownicy Zamawiającego.
- 9) Ubezpieczony ma prawo w każdej chwili zrezygnować z ubezpieczenia, po złożeniu stosownego oświadczenia o rezygnacji na piśmie, ze skutkiem na koniec miesiąca, za który została opłacona ostaną składka, o ile OWU nie stanowią korzystniejszej. Rezygnacja ubezpieczonego automatycznie powodować będzie ustanie w tym samym terminie odpowiedzialności wobec jego współmałżonka/partnera lub dzieci. Po ustaniu stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego z Zamawiającym odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do tego ubezpieczonego, jego współmałżonka/partnera lub dzieci wygasa po upływie okresu, za który przekazano składkę, z możliwością przedłużenia ochrony o jeden miesiąc po ustaniu stosunku prawnego pod warunkiem opłacenia składki za ten miesiąc.
- 10) Do obowiązków Zamawiającego należeć będzie przekazywanie składek za ubezpieczenie oraz rozliczenia tych składek wraz z wykazem ubezpieczonych osób oraz ewentualnie inne czynności uzgodnione z Zamawiającym. Do obowiązków pracownika/ów Zamawiającego przez niego wskazanego/ych należeć będzie zebranie deklaracji / wniosków przystąpienia do ubezpieczenia, ich przekazywanie wykonawcy oraz przechowywanie po zwrocie, udostępnianie zainteresowanym przystąpieniem do ubezpieczenia informacji o warunkach obowiązującej umowy oraz Ogólnych warunków ubezpieczenia obowiązujących w umowie, aktualizacja listy ubezpieczonych w trakcie trwania umowy ubezpieczenia (dane dotyczące ubezpieczonego, uposażonego) oraz ewentualnie inne czynności uzgodnione z Zamawiającym. Obowiązki te będą realizowane na podstawie umowy zawartej pomiędzy Wykonawcą a pracownikami Zamawiającego przez niego wskazanymi.
- 11) Zamawiający będzie w trakcie realizacji umowy ubezpieczenia aktualizował listę ubezpieczonych, przy czym nie będzie to powodowało konieczności zawierania aneksu do umowy.
- 12) Składka ubezpieczeniowa płatna będzie przez Zamawiającego przelewem na wskazany przez wykonawcę rachunek bankowy.
- 13) Tryb płatności składki: składka od osoby płatna miesięcznie. Nieopłacenie składki za którąkolwiek z osób/pracowników nie powoduje ustania ochrony ubezpieczeniowej dla pozostałych opłacających składki osób/pracowników. Składka należna za dany miesiąc płatna będzie w terminie **do 20 dnia miesiąca, za który jest należna**. W przypadku, gdy dzień ten przypada na dzień uznany ustawowo za wolny od pracy, termin zapłaty ulega przesunięciu do dnia następnego.
- 14) Wykonawca zrzeka się przysługującego mu prawa wypowiedzenia umowy ze skutkiem natychmiastowym w przypadku braku opłaty składki ubezpieczeniowej lub raty składki w terminie

jej płatności. Wypowiedzenie to jest możliwe pod warunkiem pisemnego wezwania Zamawiającego przez Wykonawcę do zapłaty i nie otrzymania składki w terminie 14 dni o ile do dnia poprzedniego włącznie nie nastąpiło obciążenie rachunku bankowego Zamawiającego.

- 15) Ochrona ubezpieczeniowa nie wygasa w stosunku do osób objętych ubezpieczeniem, które nie złożyły oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia, a za które Zamawiający w sposób nie zamierzony nie przekazał składki za ubezpieczenie lub omyłkowo przekazał ją w innej wysokości.
- 16) W przypadku stwierdzenia przez Wykonawcę nieścisłości w dokumentach rozliczających składkę, w wykazie osób ubezpieczonych lub innych dokumentach związanych z rozliczaniem umowy przekazywanych przez Zamawiającego bądź w wysokości przekazywanych składek, Wykonawca poinformuje o tym fakcie Zamawiającego celem wyjaśnienia tych nieścisłości. Ewentualna zaległa składka zostanie przekazana Wykonawcy przez Zamawiającego niezwłocznie po wyjaśnieniu omyłki, a ewentualna nadpłata składki zostanie zwrócona Zamawiającemu przez Wykonawcę niezwłocznie po stwierdzeniu nadpłaty.
- 17) Pracownikom Zamawiającego przez niego wskazanym za wykonywanie obowiązków określonych w niniejszej SIWZ przysługuje wynagrodzenie w wysokości 8% składek przekazanych za dany miesiąc kalendarzowy. Wynagrodzenie płatne będzie na podstawie rozliczenia przedkładanego Wykonawcy do końca miesiąca, za który przekazana została składka. Wynagrodzenie za dany miesiąc płatne będzie w terminie do **20 dnia** następnego miesiąca. Kurtaż brokerski – 2%. Kurtaż brokerski przysługuje w związku z doprowadzeniem do zawarcia umowy ubezpieczenia w ramach przedmiotowego postępowania.
- 18) Ostateczna wartość umowy uzależniona będzie od liczby osób ubezpieczonych i liczby miesięcy ubezpieczenia każdej z osób. Będzie to suma składek miesięcznych od wszystkich ubezpieczonych osób za cały okres ubezpieczenia.
- 19) Do umowy ubezpieczenia mogą przystąpić osoby w wieku od 18 lat do 69 lat (chyba że wykonawca w ofercie zaoferował szerszy przedział czasowy) - dotyczy to zarówno zakresu podstawowego jak i świadczeń dodatkowych (w tym wystąpienia ciężkiej choroby oraz wykonania operacji chirurgicznych).
- 20) Odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się z początkiem okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że odpowiedzialność w stosunku do danego ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia w terminie późniejszym (po dniu stanowiącym początek okresu ubezpieczenia) rozpoczyna się po przystąpieniu ubezpieczonego do grupowego ubezpieczenia, od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który została opłacona za tego ubezpieczonego składka. Przystąpienie następuje poprzez przekazanie przez Zamawiającego Wykonawcy wypełnionego przez osobę zamierzającą przystąpić do ubezpieczenia wniosku (deklaracji) przystąpienia.
- 21) Odpowiedzialność Wykonawcy w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się w dniu rocznicy polisy (rozumianej jako każda kolejna rocznica określonego w polisie początku ubezpieczenia) przypadającym w roku kalendarzowym, w którym ubezpieczony kończy 70 lat, chyba że Ogólne warunki ubezpieczenia Wykonawcy przewidują późniejszy wiek bądź też wykonawca zaoferował możliwość przystąpienia do ubezpieczenia starszych osób.
- 22) Nie dopuszcza się wygaśnięcia lub ograniczenia odpowiedzialności ani wyłączenia lub ograniczenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej w żadnym z ubezpieczonych ryzyk/zdarzeń z powodu uzyskania określonego wieku przez ubezpieczonego lub członka jego rodziny, o ile nie jest to wyraźnie dopuszczone zapisami SIWZ.
- 23) Do ubezpieczenia mogą przystąpić, w dacie początku okresu ubezpieczenia niniejszej umowy, osoby przebywające na urloпах związanych z urodzeniem dziecka (macierzyńskich, rodzicielskich, ojcowskich, wychowawczych), urloпах bezpłatnych (w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 26.06.1974 r. Kodeks pracy), zwolnieniach lekarskich (w tym szpitalnych), zasiłkach rehabilitacyjnych, w szpitalu, a także posiadające orzeczenie o niezdolności do pracy wydane przez organ uprawniony do orzekania o niezdolności do pracy, o ile osoby te były objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach grupowego ubezpieczenia na życie funkcjonującego dotychczas u Zamawiającego lub w innym podmiocie bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Współmałżonkowie/ partnerzy i pełnoletnie dzieci mają obowiązek udowodnić, że bezpośrednio przed przystąpieniem do niniejszej umowy ubezpieczenia byli objęci ochroną ubezpieczeniową w ramach grupowego ubezpieczenia na życie funkcjonującego w innym podmiocie.

- 24) Odpowiedzialność Wykonawcy trwa w odniesieniu do osób przebywających na urloпах związanych z urodzeniem dziecka (macierzyńskich, rodzicielskich, ojcowskich, wychowawczych), urloпах bezpłatnych (w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 26.06.1974 r. Kodeks pracy), zwolnieniach lekarskich (w tym szpitalnych), zasiłkach rehabilitacyjnych, w szpitalu, a także wobec których orzeczono o niezdolności do pracy, pod warunkiem opłacenia składki za te osoby.
- 25) Zamawiający wymaga zapewnienia niezmienności warunków umowy (m.in. wysokość składki, zakres i wysokość świadczeń, itp.) przez cały okres trwania ubezpieczenia. Dopuszczone jest wprowadzenie zmian korzystniejszych dla Ubezpieczonych – za zgodą obu stron.
- 26) Wykonawca nie będzie wymagał wypełniania ankiet medycznych czy też innych kwestionariuszy oceny stanu zdrowia, składania jakichkolwiek oświadczeń dotyczących zdrowia ani też przeprowadzania badań lekarskich przed przystąpieniem do ubezpieczenia - w odniesieniu do wszystkich ubezpieczonych.

Karencje

- 27) Brak karencji dla umowy podstawowej i wszystkich umów (ryzyk) dodatkowych dla osób, które przystąpią do niniejszej umowy ubezpieczenia grupowego w dacie początku ubezpieczenia, a które są objęte ochroną w ramach dotychczasowego programu ubezpieczeń życiowych (niezależnie od obecnego zakresu i sumy ubezpieczenia) dla umowy podstawowej i wszystkich umów (ryzyk) dodatkowych.
- 28) Brak karencji dla umowy podstawowej i wszystkich umów (ryzyk) dodatkowych dla osób, które przystąpią do niniejszej umowy ubezpieczenia grupowego w okresie do trzech miesięcy od daty wprowadzenia programu dla umowy podstawowej i wszystkich umów (ryzyk) dodatkowych.
- 29) Brak karencji dla umowy podstawowej i wszystkich umów (ryzyk) dodatkowych dla osób: pracowników, ich małżonków i pełnoletnich dzieci, którzy przystąpią do niniejszej umowy ubezpieczenia grupowego w okresie do trzech miesięcy od daty odpowiednio:
 - zatrudnienia u Ubezpieczającego (powstania stosunku prawnego),
 - zawarcia związku małżeńskiego z pracownikiem,
 - osiągnięcia 18 roku życia.
- 30) Brak karencji dla umowy podstawowej i wszystkich umów (ryzyk) dodatkowych dla partnera, o ile przystąpi on do niniejszej umowy ubezpieczenia grupowego w okresie do trzech miesięcy od daty początku okresu ubezpieczenia niniejszej umowy ubezpieczenia grupowego, przy założeniu że partner wskazany jest w deklaracji / wniosku przystąpienia. W przypadku zmiany partnera w deklaracji / wniosku przystąpienia karencji nie stosuje się, o ile nowy partner przystąpi do niniejszej umowy ubezpieczenia grupowego w okresie do trzech miesięcy od dokonania zmiany partnera w deklaracji (za dzień dokonania zmiany uznaje się dzień, w którym ubezpieczyciel otrzymał stosowany wniosek o zmianę partnera).
- 31) Brak okresu karencji dla umowy podstawowej i wszystkich umów (ryzyk) dodatkowych dla osób, które powróciły z urlopu związanego z urodzeniem dziecka (macierzyńskiego, rodzicielskiego, ojcowskiego, wychowawczego), bezpłatnego, zwolnienia lekarskiego, jeżeli przystąpią do niniejszej umowy ubezpieczenia grupowego w okresie do trzech miesięcy od przystąpienia do pracy dla umowy podstawowej i wszystkich umów (ryzyk) dodatkowych. W odniesieniu do małżonków/partnerów i pełnoletnich dzieci wykonawca ma prawo do zastosowania karencji w przypadku, gdy nie udowodnią oni powrotu do pracy u innego niż Zamawiający pracodawcy.
- 32) Brak okresu karencji w przypadku zdarzeń powstałych wskutek nieszczęśliwego wypadku.
- 33) Karencje w pozostałych przypadkach - 6 miesięcy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem:
 - pobyt w szpitalu ubezpieczonego (oraz współmałżonka/ partnera/ dziecka, o ile ryzyka te zostaną włączone do ubezpieczenia) spowodowany chorobą - karencja 30 dni,
 - wystąpienie ciężkiej choroby u ubezpieczonego oraz u współmałżonka/ partnera – karencja 90 dni,
 - ciężka choroba dziecka (o ile ryzyko to zostanie włączone do ubezpieczenia) – karencja 90 dni,
 - wykonanie operacji chirurgicznej u ubezpieczonego – karencja 90 dni,
 - specjalistyczne leczenie ubezpieczonego (o ile ryzyko to zostanie włączone do ubezpieczenia) – karencja 90 dni,
 - trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji – karencja 90 dni,
 - niezdolność do pracy (o ile ryzyko to zostanie włączone do ubezpieczenia) – karencja 90 dni,

- urodzenie się dziecka – karencja 9 miesięcy,
 - urodzenie martwego dziecka – karencja 6 miesięcy,
 - urodzenie dziecka z wadą wrodzoną (o ile ryzyko to zostanie włączone do ubezpieczenia) – karencja 6 miesięcy,
 - narodziny wnuka (o ile ryzyko to zostanie włączone do ubezpieczenia) – karencja 9 miesięcy.
- W pozostałych przypadkach dla ewentualnych ryzyk włączonych do ubezpieczenia zgodnie z ofertą wykonawcy (dodatkowo punktowanych zgodnie z kryterium oceny ofert) – karencje zgodnie z OWU wykonawcy.

- 34) Zakres świadczeń w odniesieniu do osób ubezpieczonych (w tym współmałżonka /partnera, dziecka) w ramach grupowego ubezpieczenia na życie funkcjonującego dotychczas u Zamawiającego lub w innym podmiocie bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia, z tytułu ubezpieczenia:
- na wypadek zgonu,
 - trwałego uszczerbku na zdrowiu,
 - pobytu w szpitalu,
 - operacji chirurgicznych,
 - wystąpienia ciężkiej choroby,
 - osierocenia dziecka,
 - trwałej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji,
 - a także poważnej choroby dziecka, specjalistycznego leczenia ubezpieczonego, niezdolności do pracy ubezpieczonego, o ile ryzyka te zostały włączone do ubezpieczenia,
- obejmuje sytuacje, gdy przyczyna zdarzenia ubezpieczeniowego miała miejsce przed datą objęcia odpowiedzialnością Wykonawcy danego ubezpieczonego, a zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło już w okresie odpowiedzialności Wykonawcy z tytułu nowej umowy.
- 35) Świadczenia proste rozumiane jako świadczenia z tytułu zgonu naturalnego oraz świadczenia z tytułu urodzenia wypłacane będą w maksymalnym terminie 3 dni roboczych od zgłoszenia na podstawie kopii dowodu osobistego uposażonego oraz odpisu skróconego aktu zgonu lub aktu urodzenia (bądź kopii dowodu osobistego współmałżonka/partnera albo odpisu aktu małżeństwa w przypadku zgonu rodziców współmałżonka/partnera) oraz innych niezbędnych dokumentów na wskazane przez poszkodowanego konto albo gotówką. Pozostałe świadczenia płatne będą w terminach nie dłuższych niż określone w art. 817 Kodeksu cywilnego.
- 36) Świadczenia w tytułu zgonu ubezpieczonego z określonych w tabeli przyczyn podane zostały w tabeli łącznie tj. świadczenia z ryzyka podstawowego „zgon naturalny” oraz z ryzyk dodatkowych („zgon wskutek wypadku komunikacyjnego”, „zgon wskutek wypadku przy pracy”, itd.) są zsumowane, z tytułu zgonu ubezpieczonego w zależności od przyczyny zgonu wypłacane będzie więc jedno świadczenie w kwocie podanej w tabeli. Analogicznie w przypadku świadczeń z tytułu pobytu w szpitalu.
- 37) Wykonawca wykonywać będzie zobowiązania wynikające z warunków grupowego ubezpieczenia za pośrednictwem placówki posiadającej stosowne zaplecze najbliższej lokalizacji Zamawiającego, z zastrzeżeniem, iż ewentualne komisje lekarskie i punkt likwidacji szkód zapewnione będą na terenie miasta Szczecin. Wymóg zapewnienia punktu likwidacji szkód na terenie miasta Szczecin będzie spełniony, o ile w placówce Wykonawcy na terenie miasta Szczecin będzie można złożyć wniosek o wypłatę świadczenia oraz dodatkowe uzupełnienia wymaganych dokumentów, natomiast proces realizacji świadczeń będzie odbywać się w centrali Wykonawcy, z zastrzeżeniem, iż w przypadku, gdy ubezpieczony nie posiada konta bankowego koszt przelewu bankowego bądź przekazu pocztowego związany z wypłatą świadczenia ponosi Wykonawca.
- 38) Zamawiający dopuszcza ocenę stanu zdrowia będącą podstawą do wypłaty należnego świadczenia na podstawie dokumentacji medycznej w tzw. trybie zaocznym, z zastrzeżeniem możliwości odwołania uprawnionego od decyzji podjętej w trybie zaocznym i dokonania w przypadku takiego odwołania oceny stanu zdrowia na podstawie ustaleń komisji lekarskiej (komisja na koszt Wykonawcy).
- 39) Zakres terytorialny i czasowy ubezpieczenia: ochrona całodobowa, teren RP i zagranica (cały świat), za wyjątkiem:
- pobytu w szpitalu – świadczenie za pobyt w szpitalu na terytorium Polski oraz wszystkich pozostałych krajów Unii Europejskiej, w tym/oraz Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej oraz minimum takich krajów jak: Norwegia, Szwajcaria, Monako, Watykan,

Islandia, Kanada, Stany Zjednoczone Ameryki, Japonia, Australia, Nowa Zelandia, chyba że Wykonawca rozszerzy ochronę na inne kraje;

- operacji chirurgicznych - ochrona ograniczona jest do terenu Polski oraz wszystkich pozostałych krajów Unii Europejskiej, w tym/oraz Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, chyba że Wykonawca rozszerzy ochronę na inne kraje.

- 40) Wykonawca zobowiązuje się do potwierdzenia zawarcia umowy ubezpieczenia polisą lub innym dokumentem ubezpieczenia. Ponadto na wniosek ubezpieczonego Wykonawca potwierdzi ochronę ubezpieczeniową odrębnym dla każdego z ubezpieczonych certyfikatem lub innym dokumentem ubezpieczenia. Termin wystawienia certyfikatu nie będzie dłuższy niż 7 dni od dnia wystąpienia ubezpieczonego z wnioskiem.
- 41) Wszystkie limity wysokości świadczeń lub ewentualne inne ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela odnoszą się do rocznego okresu ubezpieczenia (rok polisowy).
- 42) W zakresie nie uregulowanym w SWIZ stosuje się definicje i zapisy określone w Ogólnych warunkach ubezpieczenia bądź innych wzorcach umów Wykonawcy.
- 43) W zakresie nie uregulowanym w SWIZ stosuje się wyłącznie standardowe wyłączenia z ochrony.
- 44) Jeżeli Ogólne warunki ubezpieczenia bądź inne wzorce umów dotyczące danego rodzaju ubezpieczenia zawierają postanowienia korzystniejsze dla Zamawiającego lub ubezpieczonych niż określone w niniejszej specyfikacji istotnych warunków zamówienia, stosowane będą postanowienia korzystniejsze dla Zamawiającego lub ubezpieczonych, z zastrzeżeniem zapisów Ogólnych warunków ubezpieczenia korzystniejszych dla Zamawiającego lub ubezpieczonych wskazanych w ofercie wykonawcy jako nie objętych ofertą.
- 45) W zakresie zgonu ubezpieczonego (zakres podstawowy umowy), w zakresie zgonu ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu oraz w zakresie osierocenia dziecka dopuszcza się wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela wyłącznie z powodu:
 - samobójstwa ubezpieczonego dokonanego w ciągu 12 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do tego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem, że w odniesieniu do ubezpieczonego, który objęty był ochroną ubezpieczeniową w ramach grupowego ubezpieczenia na życie funkcjonującego dotychczas u Zamawiającego lub w innym podmiocie bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia, okres 12 miesięcy liczony będzie od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do tego ubezpieczonego w ramach dotychczasowego programu ubezpieczenia funkcjonującego u Zamawiającego lub w innym podmiocie,
 - śmierci ubezpieczonego w wyniku działań wojennych,
 - czynnego i niezgodnego z prawem udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych.
- 46) W zakresie zgonu współmałżonka, zgonu rodziców ubezpieczonego i rodziców współmałżonka oraz zgonu dziecka dopuszcza się wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela wyłącznie z powodu:
 - śmierci w wyniku działań wojennych,
 - czynnego i niezgodnego z prawem udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych.
- 47) Nie dopuszcza się wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności w ryzyku urodzenie dziecka innych niż określone w niniejszej SIWZ.
- 48) Nie dopuszcza się wyłączeń odpowiedzialności ubezpieczyciela w związku z amatorskim uprawianiem sportów nie mających ryzykownego charakteru lub udziałem ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych nie mających ryzykownego charakteru, przy czym za takie uważa się w szczególności narciarstwo i snowbording (z wyłączeniem ekstremalnego), turystyczne spływy kajakowe, nurkowanie bez specjalistycznego sprzętu umożliwiającego oddychanie pod wodą, jazdę gokartami, jazdę quadami, uczestnictwo w rywalizacjach sportowych bez użycia pojazdów kołowych, łądzi, koni lub nart wodnych.
- 49) Nie dopuszcza się wyłączeń odpowiedzialności ubezpieczyciela: w związku z ogłoszeniem epidemii lub klęski żywiołowej; w związku z zatruciem się substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę (za wyjątkiem zatrucia spowodowanego bezpośrednio spożyciem/użyciem alkoholu, narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), gdy do ubezpieczonego zdarzenia doszło w wyniku wypadku lotniczego statku powietrznego licencjonowanych bądź nielicencjonowanych linii lotniczych.

- 50) Wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela odnoszące się do nieszczęśliwych wypadków oraz innych ubezpieczonych zdarzeń, dotyczące sytuacji, gdy uczestnik wypadku prowadził pojazd nie posiadając stosownych uprawnień do kierowania pojazdem, gdy uczestnik wypadku był w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu, lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, gdy pojazd uczestniczący w wypadku nie posiadał ważnego badania technicznego lub innych wymaganych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu dopuszczone są wyłącznie z zastrzeżeniem, iż wyłączenia te nie mają zastosowania, jeśli sytuacje te nie miały wpływu na powstanie nieszczęśliwego wypadku lub innego ubezpieczonego zdarzenia.
- 51) Ubezpieczyciel zobowiązany będzie do przedstawiania Ubezpieczającemu na jego wniosek, w terminie nie dłuższym niż 14 dni, z częstotliwością nie rzadszą niż po 6, 12, 18, 24, 30 oraz 36 miesiącach ochrony ubezpieczeniowej, informacji o szkodowości z umowy ubezpieczenia zawierającej co najmniej: ilość wypłaconych oraz odmówionych świadczeń w poszczególnych ryzykach, współczynniki szkodowości w poszczególnych ryzykach oraz dla wszystkich ryzyk łącznie..
- 52) **Uprawnieni do świadczeń z tytułu śmierci ubezpieczonego.**
- (1) Ubezpieczony ma prawo wskazać uposażonego/uposażonych uprawnionych do świadczeń z tytułu jego zgonu. Prawo wskazania oraz zmiany lub odwołania uposażonego/uposażonych przysługuje ubezpieczonemu w każdym czasie. Ubezpieczyciel jest związany dokonaną zmianą począwszy od dnia, w którym otrzymał stosowny wniosek o zmianę uposażonego.
 - (2) W przypadku wskazania więcej niż jednego uposażonego ubezpieczony określi procentowy udział każdego z uposażonych w świadczeniu. Jeżeli ubezpieczony nie określi lub błędnie poda udział procentowy poszczególnych uposażonych w świadczeniu uznaje się, że udziały poszczególnych uposażonych są równe.
 - (3) Świadczenie nie przysługuje osobie, która swoim umyślnym działaniem/zaniechaniem spowodowała lub przyczyniła się do śmierci ubezpieczonego.
 - (4) Jeżeli uposażony zmarł przed śmiercią ubezpieczonego (albo świadczenie mu nie przysługuje) jego prawo do świadczenia przysługuje pozostałym uposażonym proporcjonalnie do przypadających im procentowych udziałów w świadczeniu.
 - (5) Jeżeli w chwili śmierci nie ma uposażonych (albo świadczenia im nie przysługują), prawo do świadczenia przysługuje spadkobiercom ubezpieczonego w następującej kolejności:
 - a) małżonek,
 - b) dzieci w równych częściach, jeżeli brak jest małżonka,
 - c) rodzice w równych częściach, jeżeli brak jest małżonka i dzieci,
 - d) rodzeństwo w równych częściach, jeżeli brak jest małżonka, dzieci i rodziców,
 - e) inni ustawowi spadkobiercy ubezpieczonego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej (z wyłączeniem Gminy oraz Skarbu Państwa), w częściach równych.
 - (7) Jeżeli uposażony zmarł jednocześnie z ubezpieczonym, uznaje się że zmarł on przed śmiercią ubezpieczonego.
- 53) Wykonawca zagwarantuje możliwość indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, bez okresu karencji dla osoby, która przestała być członkiem grupy – na zasadach ogólnych warunków ubezpieczenia dla indywidualnej kontynuacji obowiązujących aktualnie u Wykonawcy, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego punktu. Prawo do indywidualnej kontynuacji nabywa osoba, która była ubezpieczona co najmniej 6 miesięcy (do terminu tego wliczony będzie okres uczestnictwa w grupowym ubezpieczeniu na życie funkcjonującym dotychczas u Zamawiającego lub w innym podmiocie). Wniosek o indywidualną kontynuację może być złożony w terminie do 3 miesięcy od dnia, gdy ubezpieczony przestał być członkiem grupy. Ubezpieczyciel zapewni możliwość dożywotniej indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.
- 54) Wykonawca wyznaczy ze swojej strony osobę odpowiedzialną za realizację umowy grupowego ubezpieczenia i upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym. Ponadto wykonawca zobowiązany będzie do przeszkolenia osób administrujących umową grupowego ubezpieczenia na życie ze strony Zamawiającego w zakresie ich obowiązków oraz z obsługi **aplikacji internetowej do obsługi umowy ubezpieczenia** (jeżeli taka zostanie zaoferowana), a także do przygotowania i dostarczenia Zamawiającemu materiałów informacyjnych (ulotek) dot. warunków umowy ubezpieczenia i pomocy przy przeprowadzeniu akcji informacyjnej wśród pracowników.
- 55) Obowiązki wynikające z art. 17 i 19 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1170, 1089, 1926, 2102, 2486 z 2018 r. poz. 8, 106), zwanej dalej „u.d.u.r”:

- a) Wykonawca obowiązany będzie dostarczyć Zamawiającemu w terminie dziesięciu dni od podpisania umowy warunki umowy (rozumiane jako ogólne warunki ubezpieczenia bądź inne wzorce umów oraz wyciąg z załącznika nr 2 do umowy), częściowo w formie papierowej, częściowo na płytach CD, częściowo na innym trwałym nośniku, w ilości wskazanej przez Zamawiającego, nie mniejszej niż liczba osób zainteresowanych przystąpieniem do ubezpieczenia, celem przekazania ich zainteresowanym osobom zgodnie z art. 17 i 19 u.d.u.r.
- b) Warunki umowy zawierać będą informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 u.d.u.r.
- c) Zamawiający dostarczać będzie warunki umowy także w czasie trwania umowy na podstawie pisemnego zgłoszenia Zamawiającego w terminie umożliwiającym wywiązanie się z obowiązku, o którym mowa w art. 17 i 19 u.d.u.r.
- d) W razie nie wywiązania się Wykonawcy z obowiązku opisanego w niniejszym punkcie litera a - c Wykonawcy nie przysługuje roszczenie do Zamawiającego o zrekompensowanie szkód jakie Wykonawca poniósł z uwagi na nieprzekazanie przez Zamawiającego ubezpieczonemu warunków umowy.
- e) Powyższe zapisy określone w literach a-c nie będą miały zastosowania w przypadku, gdy wykonawca samodzielnie będzie realizował obowiązek wynikający z art. 19 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Zapis o którym mowa w lit. d powyżej stosuje się odpowiednio.

II. 2. DEFINICJE i zapisy mające zastosowanie w umowach, wymagane przez Zamawiającego.

O ile zapisy SIWZ nie stanowią inaczej, definicje obowiązują w zakresie umowy podstawowej oraz umów (ryzyk) dodatkowych. Pojęcie ubezpieczyciel jest równoznaczne z Wykonawcą, z którym została zawarta umowa ubezpieczenia. Pojęcie ubezpieczającego jest równoznaczne z Zamawiającym.

1. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, która przystąpiła do umowy ubezpieczenia:
 - a) pracownik - osoba pozostająca z ubezpieczającym w stosunku pracy bez względu na podstawę prawną zatrudnienia bądź osoba zatrudniona przez Zamawiającego na podstawie umowy typu „kontrakt” (tj. umowy podpisanej z osobą wyłonioną w trybie konkursu ofert zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948, 2260, z 2017 r. poz. 2110, 2217)),
 - b) członek rodziny pracownika – współmałżonek /partner pracownika lub pełnoletnie dziecko pracownika (własne, przysposobione, pasierb).
2. **Zgon ubezpieczonego** – śmierć ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.
3. **Zgon ubezpieczonego wskutek NW** – śmierć ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem mającym miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, jeżeli doszło do niej w ciągu 36 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.
4. **Nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe i gwałtowne, niezależne od woli ani stanu zdrowia ubezpieczonego zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną. Za nieszczęśliwy wypadek nie uznaje się chorób, nawet występujących nagle.
5. **Wypadek komunikacyjny** - nieszczęśliwy wypadek w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu ubezpieczony uległ jako:
 - pasażer (za pasażera uznają się także członek załogi) lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym, pasażer lub kierujący: motorowerem, rowerem, pojazdem szynowym, statkiem wodnym lub pasażerskim statkiem powietrznym,
 - pieszy.
6. **Zgon ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego** - śmierć ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym mającym miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, jeżeli doszło do niej w ciągu 36 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.

7. **Wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego zwykłych czynności albo poleceń przełożonych w ramach istniejącego stosunku pracy lub stosunku cywilno-prawnego (w tym w czasie trwania podróży służbowej). Za wypadek przy pracy uznaje się także nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego czynności na rzecz pracodawcy nawet bez polecenia.
8. **Zgon ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy** - śmierć ubezpieczonego spowodowana wypadkiem przy pracy, mającym miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, jeżeli doszło do niej w ciągu 36 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.
9. **Zgon ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego przy pracy** - śmierć ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym przy pracy, mającym miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, jeżeli doszło do niej w ciągu 36 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.
10. **Zgon wskutek zawału serca lub udaru mózgu** - śmierć spowodowana zaistniałym w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela zawałem serca (rozumianym jako martwica części mięśnia sercowego spowodowana nagłym zmniejszeniem dopływu krwi do tej części mięśnia sercowego) lub udarem mózgu (udarem niedokrwiennym / zawałem tkanki mózgowej, zatorem, zakrzepem lub krwotokiem wewnątrzczaszkowym lub podpajęczynówkowym), jeżeli doszło do niej w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela. Świadczenie przysługuje, jeżeli z medycznego punktu widzenia istnieje normalny związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu a śmiercią ubezpieczonego. Do wypłaty świadczenia wystarczające jest wskazanie w karcie zgonu lub protokole sekcyjnym zawału serca lub udaru mózgu jako przyczyny zgonu.
11. **Współmałżonek (małżonek)** - osoba pozostająca z ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
12. **Partner** – wskazana w deklaracji/wniosku przystąpienia/zmiany do ubezpieczenia osoba pozostająca w związku pozamałżeńskim z ubezpieczonym i prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, nie pozostająca z ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa bądź przysposobienia, z zastrzeżeniem, iż ani Ubezpieczony ani partner nie pozostają w związku małżeńskim. Ubezpieczony ma prawo dokonać zmiany partnera w deklaracji / wniosku przystąpienia nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Ubezpieczyciel jest związany dokonaną zmianą począwszy od dnia, w którym otrzymał stosowny wniosek o zmianę. Do ubezpieczenia zgłoszony może być tylko jeden partner.
13. **Zgon współmałżonka / partnera** - śmierć współmałżonka / partnera (bez względu na jego wiek) w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela. Prawo do świadczenia przysługuje ubezpieczonemu, o ile nie przyczynił się umyślnie do śmierci współmałżonka / partnera.
14. **Zgon współmałżonka/ partnera wskutek NW** - śmierć współmałżonka / partnera (bez względu na jego wiek) spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem mającym miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, jeżeli doszło do niej w ciągu 36 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku. Prawo do świadczenia przysługuje ubezpieczonemu, o ile nie przyczynił się umyślnie do śmierci współmałżonka / partnera.
15. **Zgon rodziców ubezpieczonego i rodziców współmałżonka** - śmierć rodziców ubezpieczonego i rodziców współmałżonka albo ojczyma lub macochy ubezpieczonego i jego współmałżonka, jeżeli nie żyje ojciec lub matka (bez względu na wiek rodzica, ojczyma lub macochy), jeżeli doszło do niej w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela. Przez **ojczyma** należy rozumieć osobę pozostającą z matką ubezpieczonego lub współmałżonka w związku małżeńskim, nie będącą biologicznym ojcem ubezpieczonego lub współmałżonka oraz wdowca po matce ubezpieczonego lub współmałżonka nie będącego biologicznym ojcem ubezpieczonego lub współmałżonka, o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński. Przez **macochę** należy rozumieć osobę pozostającą z ojcem ubezpieczonego lub współmałżonka w związku małżeńskim, nie będącą biologiczną matką ubezpieczonego lub współmałżonka oraz wdowę po ojcu ubezpieczonego lub

współmałżonka nie będącą biologiczną matką ubezpieczonego lub współmałżonka, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński.

Prawo do świadczenia przysługuje ubezpieczonemu, o ile nie przyczynił się umyślnie do śmierci rodziców lub rodziców współmałżonka.

16. **Zgon dziecka własnego lub przysposobionego** – śmierć dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba (jeżeli nie żyje ojciec lub matka) bez względu na wiek dziecka, jeżeli doszło do niej w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela. Prawo do świadczenia przysługuje ubezpieczonemu, o ile nie przyczynił się umyślnie do śmierci dziecka.
17. **Urodzenie dziecka** – urodzenie się żywego dziecka lub przysposobienie dziecka (bez względu na jego wiek) przez ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela. Świadczenie należne jest za każde urodzone / przysposobione dziecko. Prawo do świadczenia przysługuje ubezpieczonemu.
18. **Urodzenie martwego dziecka** – urodzenie martwego dziecka w rozumieniu przepisów dotyczących porodów i urodzeń, jeżeli urodzenie zostało zarejestrowane w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela. Świadczenie należne jest za każde urodzenie martwego dziecka. Prawo do świadczenia przysługuje ubezpieczonemu.
19. **Osierocenie dziecka** - jednorazowe świadczenie dla każdego dziecka ubezpieczonego z tytułu zgonu ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela. Dziecko ubezpieczonego - własne, przysposobione lub pasierb (jeżeli nie żyje ojciec lub matka), w wieku do 25 lat lub bez względu na wiek w razie jego całkowitej niezdolności do pracy. Prawo do świadczenia przysługuje każdemu dziecku, o ile nie przyczyniło się umyślnie do śmierci ubezpieczonego.
20. **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nie rokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzenie jego funkcji.
21. **Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem oraz zawałem serca lub udarem mózgu** – powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu lub uszkodzenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zawału serca lub udaru mózgu, które miały miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela. Za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu (począwszy od jednego procenta uszczerbku - bez jakichkolwiek ograniczeń wskazujących pułap uszczerbku, od którego należy się świadczenie) płatne świadczenie w określonej w umowie wysokości. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji, nie później niż po upływie 24 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku, zawału serca lub udaru mózgu.
Dopuszcza się ustalenie trwałego uszczerbku na zdrowiu na podstawie tabeli norm oceny trwałego uszczerbku stosowanej przez Ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem, że nie dopuszcza się stosowania tabeli norm oceny trwałego uszczerbku na zdrowiu, która przyznaje uszczerbek tylko za najcięższe uszkodzenia danego organu, narządu lub układu lub najcięższe upośledzenie jego funkcji (np. tylko za uszkodzenia, upośledzenia znacznego stopnia, pomijając uszkodzenia, upośledzenia średniego bądź nieznacznego stopnia), lub która w sposób wybiórczy przyznaje uszczerbek tylko za niektóre rodzaje uszczerbku na zdrowiu (np. tylko za całkowitą fizyczną utratę lub całkowitą utratę władzy nad poszczególnymi narządami) lub która przyznaje uszczerbek tylko z tytułu uszkodzenia niektórych organów, narządów lub układów.
Prawo do świadczenia przysługuje ubezpieczonemu.
22. **Zawał serca** – taki zawał serca, który powoduje:
 - a) wzrost lub spadek podwyższonego stężenia biomarkerów sercowych, z zastrzeżeniem, że przynajmniej w jednym pomiarze to stężenie musi przekraczać górną granicę normy oraz obecność co najmniej dwóch z następujących wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - objawy kliniczne niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej),
 - zmiany w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) typowe dla nowo powstałego niedokrwienia,
 - nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowych,lub

b) zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych do wartości przekraczającej trzykrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym w przypadku zabiegu przezskórnej interwencji wieńcowej (PCI),
lub

c) zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych – w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych (CABG) – do wartości przekraczającej pięciokrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym oraz pojawienie się jednego z następujących objawów:

- nowych patologicznych załamków Q lub nowego bloku lewej odnogi pęczka Hisa,
- udokumentowanej angiograficznie niedrożności pomostu wieńcowego lub nowej niedrożności natywnej tętnicy wieńcowej,
- udokumentowanej badaniem obrazowym nowej martwicy mięśnia sercowego.

23. **Udar mózgu** - trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej, powodujące powstanie ubytków neurologicznych, utrzymujących się ponad 24 godziny, spowodowane niedokrwieniem / zawałem tkanki mózgowej, zatorem, zakrzepem lub krwotokiem wewnątrzczaszkowym lub podpajęczynówkowym. Za udar mózgu nie uznaje się zawału mózgu lub krwawienia wewnątrzczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem oraz epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu.

24. **Szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego działający zgodnie z prawem kraju miejsca położenia, którego zadaniem jest diagnozowanie, leczenie, pielęgnacja i rehabilitacja pacjenta z zapewnieniem całodobowej opieki przez wykwalifikowaną kadrę lekarsko-pielęgniarską.

25. **Pobyt w szpitalu** - pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą (w tym zawałem serca lub udarem mózgu) lub nieszczęśliwym wypadkiem, mający miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu płatne jest od pierwszego dnia pobytu maksymalnie za **180 dni** pobytu w roku polisowym. Świadczenie płatne jest w przypadku pobytu w szpitalu trwającego minimum **2 dni**. Dzień pobytu w szpitalu – każda rozpoczęta doba pobytu w szpitalu (*do spełnienia minimum 2 dni pobytu konieczna jest jedna zmiana daty*).

Świadczenie przysługuje w przypadku pobytu w szpitalu na terytorium Polski oraz wszystkich pozostałych krajów Unii Europejskiej, w tym/oraz Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej oraz minimum takich krajów jak: Norwegia, Szwajcaria, Monako, Watykan, Islandia, Kanada, Stany Zjednoczone Ameryki, Japonia, Australia, Nowa Zelandia (chyba że Wykonawca rozszerzy ochronę na inne kraje).

Świadczenie nie przysługuje w razie pobytu ubezpieczonego w: hospicjum, placówce leczenia uzależnień, placówce dla przewlekle chorych, zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym oraz w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego, w szczególności sanatorium, prewentorium, szpitalu uzdrowiskowym lub sanatoryjnym, w szpitalu rehabilitacyjnym (także na oddziałach rehabilitacyjnych), w ośrodku rehabilitacyjnym. Jednakże ubezpieczyciel odpowiada za pobyt w szpitalu lub ośrodku w związku z rehabilitacją, jeżeli jest to pierwszy pobyt w szpitalu lub ośrodku w związku z rehabilitacją konieczną do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, o ile pobyt ten rozpoczął się nie później niż 6 miesięcy po zakończeniu pobytu w szpitalu związanego z tym samym wypadkiem albo chorobą.

Ochroną ubezpieczeniową objęty jest także pobyt w szpitalu spowodowany ciążą wysokiego ryzyka, porodem o przebiegu patologicznym, powikłaniami ciąży oraz komplikacjami porodu.

Nie dopuszcza się wyłączenia / ograniczenia odpowiedzialności z tytułu pobytu w szpitalu:

- w wyniku wad wrodzonych i chorób będących ich następstwem,
- w związku z koniecznością przeprowadzenia operacji plastycznej lub zabiegu kosmetycznego, jeżeli były one niezbędne do usunięcia skutków nieszczęśliwych wypadków lub choroby nowotworowej, bądź były przeprowadzone ze wskazań medycznych,
- w wyniku nieuzasadnionego nieskorzystania z porady lekarskiej,
- w związku z chorobą AIDS lub przebiegiem zakażenia wirusem HIV,
- w związku z leczeniem lub zabiegami stomatologicznymi, jeżeli były one niezbędne do usunięcia skutków nieszczęśliwych wypadków lub choroby nowotworowej,
- w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich,
- jeżeli konieczność pobytu powstała podczas gdy ubezpieczony znajdował w drodze do pracy lub z pracy,
- pozostającym w bezpośrednim związku z przeszczepieniem organu lub narządu, w tym w bezpośrednim związku dawcy narządu z pobraniem od niego narządu.

26. **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.
27. **Oddział Intensywnej Terapii (OIT)** - wyodrębniony organizacyjnie oddział w strukturach szpitala, wyposażony w sprzęt umożliwiający stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych oraz podjęcie czynności zastępczych w przypadku niewydolności narządów lub układów ustroju.
28. **Pobył w szpitalu na Oddziale Intensywnej Terapii** – jednorazowe świadczenie przysługujące w razie pobytu na Oddziale Intensywnej Terapii (OIT) trwającym nieprzerwanie co najmniej 48 godzin w trakcie pobytu w szpitalu.
29. **Rekonwalescencja** - trwający jednorazowo nie dłużej niż 30 dni – bezpośrednio po pobycie w szpitalu – pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym przez oddział szpitalny, w którym odbywało się leczenie szpitalne, o ile pobyt w szpitalu trwał co najmniej 5 dni. Świadczenie za każdy dzień rekonwalescencji płatne w wysokości określonej w umowie, płatne maksymalnie za 90 dni rekonwalescencji w roku polisowym. Każdy rozpoczęty dzień uważa się za pełny.
30. **Wystąpienie ciężkiej choroby** – wystąpienie ciężkiej choroby w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.
Świadczenie płatne za każde wystąpienie ciężkiej choroby w wysokości określonej w umowie (100% sumy ubezpieczenia).
Dopuszcza się zastrzeżenia, iż:
1) prawo do świadczenia nie należy się w przypadku wystąpienia kolejnej ciężkiej choroby, o ile pozostaje ona w związku przyczynowo – skutkowym z ciężką chorobą, za którą już zostało przyznane świadczenie,
2) w związku z tym samym rodzajem ciężkiej choroby należy się tylko jedno świadczenie.
Po wypłacie świadczenia z tytułu wystąpienia danej ciężkiej choroby odpowiedzialność ubezpieczyciela w danym roku polisowym wygasa w zakresie tej choroby.
Nie dopuszcza się uzależniania wypłaty świadczenia od upływu określonego okresu czasu pomiędzy wystąpieniem dwóch różnych ciężkich chorób, ani uzależniania wypłaty świadczenia od okresu pozostawania przy życiu po wystąpieniu ciężkiej choroby.
Nie dopuszcza się wyłączenia odpowiedzialności z tytułu ciężkiej choroby powstałej w wyniku uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, jeżeli chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwych wypadków.

Minimalny zakres świadczeń obejmuje wystąpienie u ubezpieczonego choroby:

zawał serca, chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych - by-pass, udar mózgu, niewydolność nerek, nowotwór złośliwy, choroba Creutzfelda-Jakoba, transplantacja organów, oparzenia, utrata wzroku, choroba Parkinsona, oponiak mózgu, zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji krwi, zakażenie wirusem HIV będące następstwem wykonywania obowiązków zawodowych, wirusowe zapalenie wątroby typu B i C, anemia aplastyczna, bąblowiec mózgu, masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie, odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu, ropień mózgu, sepsa, tężec, wścieklizna, zgorzel gazowa. Definicje chorób zgodnie z zapisami SIWZ poniżej.

Minimalny zakres świadczeń obejmuje wystąpienie u współmałżonka /partnera

choroby: zawał serca, chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych - by-pass, udar mózgu, niewydolność nerek, nowotwór złośliwy, choroba Creutzfelda-Jakoba, zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji krwi, zakażenie wirusem HIV będące następstwem wykonywania obowiązków zawodowych, anemia aplastyczna, bąblowiec mózgu, masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie, odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu, ropień mózgu, sepsa, tężec, wścieklizna, zgorzel gazowa.

Definicje chorób zgodnie z zapisami SIWZ poniżej.

Definicje ciężkich chorób z zakresu minimalnego

- 1) **Anemia plastyczna** - tylko taka anemia plastyczna, która oznacza przewlekłą i nieodwracalną niewydolność szpiku, powodującą łączne wystąpienie spadku liczby krwinek czerwonych, krwinek białych i płytek krwi, oraz powodującą konieczność regularnego przyjmowania leków immunosupresyjnych lub przeszczepu szpiku kostnego; rozpoznanie musi być oparte na wynikach biopsji szpiku kostnego. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się wystąpienie z jej powodu regularnego przyjmowania leków immunosupresyjnych lub przeszczepu szpiku kostnego.
- 2) **Bąblowiec mózgu** - tylko taki bąblowiec mózgu, który oznacza usuniętą chirurgicznie zmianę w mózgu, składającą się z pojedynczych lub mnogich larw typu echinococcus (pęcherz bąblowcowy), potwierdzoną w rozpoznaniu histopatologicznym. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się przebycie z jej powodu operacji.
- 3) **Chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych – by pass** - tylko takie chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych – by pass, które oznacza przeprowadzenie u osoby z objawami niewydolności naczyń wieńcowych operacji w celu korekty zwężenia lub zamknięcia co najmniej jednej tętnicy wieńcowej poprzez wytworzenie przepływów omijających (by-pass) z użyciem przeszczepów naczyniowych. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się przebycie z jej powodu operacji.
- 4) **Choroba Creutzfeldta-Jakoba** - tylko taką chorobę Creutzfeldta-Jakoba, która oznacza klinicznie rozpoznaną za życia ubezpieczonego, przez specjalistę neurologa, chorobę powodującą niemożność wykonywania przez osobę ubezpieczoną minimum trzech z pięciu podanych poniżej czynności życia codziennego:
 - poruszania się w domu – poruszania się pomiędzy pomieszczeniami w domu – bez konieczności pomocy osoby drugiej,
 - kontrolowania czynności fizjologicznych – samokontroli w zakresie oddawania kału i moczu oraz utrzymywanie higieny osobistej,
 - ubierania się – samodzielnego ubierania i rozbierania się – bez konieczności pomocy osoby drugiej,
 - mycia i toalety – samodzielnego wykonywania czynności związanych z myciem i higieną osobistą - bez konieczności pomocy osoby drugiej,
 - jedzenia – wszystkich czynności związanych z samodzielnym jedzeniem gotowych posiłków.Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się jej zdiagnozowanie.
- 5) **Choroba Parkinsona** - tylko taka choroba Parkinsona, która oznacza przewlekłe schorzenie układu pozapiramidowego, spowodowane pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zmniejszenia liczby neuronów produkujących dopaminę, którego następstwem jest wystąpienie co najmniej dwóch z trzech klasycznych objawów osiowych choroby, tj. drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego, plastycznego wzmoczenia napięcia mięśniowego (sztywności mięśniowej), zmniejszających się po zastosowaniu leków stymulujących układ dopaminergiczny, zwłaszcza lewodopy. Konieczne jest wykluczenie parkinsonizmu objawowego. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się jej zdiagnozowanie.
- 6) **Masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie** - tylko taki masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie, który oznacza usunięcie świeżej skrzepliny z pnia tętnicy płucnej poprzez jego nacięcie (tzw. embolektomia chirurgiczna) w trakcie zabiegu operacyjnego wykonanego w trybie pilnym z powodu ostrego zatoru tętnicy płucnej. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się przebycie z jej powodu operacji.
- 7) **Nowotwór złośliwy** - tylko taki nowotwór złośliwy, który oznacza 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). Pod pojęciem nowotworu złośliwego określa się również białaczkę oraz złośliwe schorzenia układu limfatycznego, takie jak ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina) i chłoniaki nieziarnicze. Rozpoznanie nowotworu złośliwego musi być zweryfikowane badaniem histopatologicznym. Z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone:
 - wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym,
 - wszystkie guzy gdzie po badaniu histopatologicznym stwierdzono stan przednowotworowy lub przedinwazyjny,
 - nowotwory wykazujące zmiany typu carcinoma in situ,
 - choroba Hodgkina w pierwszym stadium,

- nowotwory będące objawem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV.
Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się jej zdiagnozowanie.
- 8) **Niewydolność nerek** tylko taka niewydolność nerek, która oznacza końcowe stadium niewydolności nerek w postaci nieodwracalnego upośledzenia czynności obydwu nerek, w następstwie czego doszło do konieczności regularnego, stałego stosowania dializ lub przeprowadzenia operacji przeszczepienia nerki. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się wystąpienie z jej powodu stałej dializoterapii lub przeszczepu nerki.
- 9) **Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu** - tylko takie odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu, które oznacza chorobę przenoszoną przez kleszcze przebiegającą z różnorodnymi objawami neurologicznymi, skutkującymi koniecznością hospitalizacji, potwierdzoną badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego. Rozpoznanie choroby powinno być jednoznaczne potwierdzenie przez lekarza specjalistę neurologa wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 84) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się wystąpienie z jej powodu hospitalizacji.
- 10) **Oparzenia** tylko takie oparzenia, które wymagają hospitalizacji i obejmują:
- ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie lub
- 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. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się zajście wypadku skutkującego jej powstaniem.
- 11) **Oponiak mózgu** - tylko taki oponiak, który oznacza potwierdzone histopatologiczne rozpoznanie oponiaka mózgu. Wyłączone z odpowiedzialności Wykonawcy są jakiegokolwiek inne zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym, tj. torbiele, ziarniaki, malformacje naczyniowe, guzy przysadki i rdzenia kręgowego. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się jej zdiagnozowanie.
- 12) **Ropień mózgu** - tylko taki ropień mózgu, który oznacza usuniętą chirurgicznie zmianę w mózgu opisaną w rozpoznaniu histopatologicznym jako ropień mózgu. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się przebycie z jej powodu operacji.
- 13) **Sepsa** - tylko taka sepsa, która 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. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się jej zdiagnozowanie/ udokumentowanie jej wystąpienia.
- 14) **Tężec** - tylko taki tężec, który oznacza zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, która przebiegała klinicznie w postaci uogólnionej i którą wywołała neurotoksyna produkowana przez laseczki tężca (*Clostridium tetani*). Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się wystąpienie z jej powodu hospitalizacji.
- 15) **Transplantacja organów** - tylko taka transplantacja organów, która oznacza przebycie jako biorca operacji przeszczepienia jednego lub kilku z następujących narządów lub tkanek: serca, płuc, wątroby lub jej części, nerki, trzustki, jelita cienkiego, allogenicznego przeszczepu szpiku kostnego. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się przebycie z jej powodu operacji.
- 16) **Udar mózgu** - tylko taki udar, który oznacza nagłe ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych, wywołane wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianym jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi. Konieczne jest przedstawienie dowodów na utrwalone ubytki neurologiczne. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się jej zdiagnozowanie.
- 17) **Utrata wzroku** - tylko taka utrata wzroku, która 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. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się jej zdiagnozowanie lub w przypadku utraty wzroku w wyniku urazu – zajście wypadku skutkującego jej powstaniem.

- 18) **Wirusowe zapalenie wątroby typu B i C** - tylko takie wirusowe zapalenie wątroby typu B i C, które oznacza potwierdzone badaniem biopsyjnym zapalenie wątroby w następstwie zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B lub C, w którym wyznaczniki procesu zapalnego utrzymują się ponad 6 miesięcy. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się jej zdiagnozowanie / udokumentowanie jej wystąpienia.
- 19) **Wścieklizna** - tylko taka wścieklizna, która oznacza zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, której istotą jest ostre zapalenie mózgu i rdzenia wywołane przez wirusa wścieklizny (Rabies virus). Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się wystąpienie z jej powodu hospitalizacji.
- 20) **Zakażenie wirusem HIV będące następstwem wykonywania obowiązków zawodowych** - tylko takie 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. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się wystąpienie zakażenia wirusem HIV.
- 21) **Zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji krwi** - tylko takie zakażenie wirusem HIV, będące powikłaniem transfuzji krwi wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej u osoby nie chorującej na hemofilię, które zostanie potwierdzone złożonymi dowodami. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się wystąpienie zakażenia wirusem HIV.
- 22) **Zawał serca** - tylko taki zawał serca, który powoduje:
 - a) wzrost lub spadek podwyższonego stężenia biomarkerów sercowych. z zastrzeżeniem, że przynajmniej w jednym pomiarze to stężenie musi przekraczać górną granicę normy oraz obecność co najmniej dwóch z następujących wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - objawy kliniczne niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej),
 - zmiany w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) typowe dla nowo powstałego niedokrwienia,
 - nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowychlub
 - b) zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych do wartości przekraczającej trzykrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym w przypadku zabiegu **przeszkórnej interwencji wieńcowej (PCI)**
 - lub
 - c) zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych
 - w przypadku **pomostowania tętnic wieńcowych (CABG)** – do wartości przekraczającej pięciokrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym oraz pojawienie się jednego z następujących objawów:
 - nowych patologicznych załamków Q lub nowego bloku lewej odnogi pęczka Hisa
 - udokumentowanej angiograficznie niedrożności pomostu wieńcowego lub nowej niedrożności natywnej tętnicy wieńcowej,
 - udokumentowanej badaniem obrazowym nowej martwicy mięśnia sercowego.Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się jej zdiagnozowanie.
- 23) **Zgorzel gazowa** - tylko taka zgorzel gazowa, która oznacza zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych, z powodu rozpoznanego w dokumentacji medycznej ciężkiego zakażenia przyranego, przebiegającego z rozległym obrzękiem, martwicą mięśni, wytwarzaniem gazu w tkankach oraz towarzyszącymi ogólnymi objawami toksemii, spowodowanego przez bakterie: *Clostridium perfringens*, *Clostridium Novyi* (*oedematiens*) lub *Clostridium septicum*. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się wystąpienie z jej powodu hospitalizacji.

Definicje ciężkich chorób z zakresu fakultatywnego, dodatkowo punktowanego zgodnie z kryterium oceny ofert

- 1) **Bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych** – tylko takie bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, które oznacza rozpoznaną na podstawie badania ogólnego płynu mózgowo-rdzeniowego, leczoną w warunkach szpitalnych, ostrą chorobę zakaźną. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się wystąpienie z jej powodu hospitalizacji.
- 2) **Bakteryjne zapalenie wsierdza** – tylko takie bakteryjne zapalenie wsierdza, które oznacza pozaszpitalne infekcje zapalenia wsierdza (IZW) u osoby z własnymi zastawkami serca i bez ciał obcych w układzie sercowo-naczyniowym, rozpoznane w oparciu o obowiązujące kryteria medyczne przez specjalistę w zakresie chorób wewnętrznych lub kardiologii. Z odpowiedzialności wyłączone są przypadki tej choroby zdiagnozowane u osób z implantowanymi zastawkami serca. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się jej zdiagnozowanie.
- 3) **Borelioza** - tylko taka borelioza, która oznacza krętkowicę przenoszoną przez kleszcze przebiegającą z różnorodnymi objawami narządowymi, między innymi ze zmianami skórными objawiającymi się rumieniem, zapaleniem stawów, zapaleniem mięśnia sercowego oraz różnorodnymi objawami neurologicznymi i skutkującą koniecznością leczenia szpitalnego. Zdiagnozowanie choroby skutkujące hospitalizacją powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 69.2) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 i podanie w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się wystąpienie z jej powodu hospitalizacji.
- 4) **Choroba aorty brzusznej** - tylko taka choroba aorty brzusznej, która oznacza tętniakowate poszerzenie lub rozwarstwienie aorty brzusznej – z wyłączeniem odgałęzień na poziomie aorty, które wymagało przeprowadzenia operacji chirurgicznej polegającej na wymianie chorobowo zmienionego odcinka aorty z zastosowaniem protezy naczyniowej; rozpoznanie musi być oparte na dokumentacji potwierdzającej przebytą w trakcie odpowiedzialności operację wszczepienia protezy naczyniowej. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się przebycie z jej powodu operacji.
- 5) **Choroba aorty piersiowej** - tylko taka choroba aorty piersiowej, która oznacza tętniakowate poszerzenie lub rozwarstwienie aorty piersiowej – z wyłączeniem odgałęzień na poziomie aorty, które wymagało przeprowadzenia operacji chirurgicznej polegającej na wymianie chorobowo zmienionego odcinka aorty z zastosowaniem protezy naczyniowej; rozpoznanie musi być oparte na dokumentacji potwierdzającej przebytą w trakcie odpowiedzialności operację wszczepienia protezy naczyniowej. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się przebycie z jej powodu operacji.
- 6) **Choroba Huntingtona** - tylko taka Choroba Huntingtona, która oznacza postępującą chorobę ośrodkowego układu nerwowego, rozpoznaną przez specjalistę w zakresie neurologii, w oparciu o dostępne w tym zakresie metody diagnostyczne. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się jej zdiagnozowanie.
- 7) **Choroba neuronu ruchowego** - tylko taka choroba neuronu ruchowego, która oznacza postępującą chorobę zwyrodnieniową układu nerwowego spowodowaną wybiórczym uszkodzeniem neuronów ruchowych – obwodowego i ośrodkowego. Podstawą rozpoznania postawionego przez specjalistę w zakresie neurologii jest obraz kliniczny i wynik badania elektromiografii (EMG). Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się jej zdiagnozowanie.
- 8) **Choroba Crohna** - tylko taka choroba Crohna, która oznacza przewlekłe, nieswoiste zapalenie jelita wykazujące skłonność do ziarninowania. Świadczenie będzie należne, jeżeli w wyniku choroby Crohna dojdzie do wytworzenia przetoki, niedrożności lub perforacji jelita, lub innej przyczyny leczenia operacyjnego, a rozpoznanie zostanie potwierdzone charakterystycznym obrazem histopatologicznym. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się jej zdiagnozowanie / udokumentowanie jej wystąpienia.
- 9) **Dystrofia mięśni** - tylko taka dystrofia mięśni, która oznacza grupę uwarunkowanych genetycznie przewlekłych chorób mięśni poprzecznie prążkowanych o charakterze zwyrodnieniowym, przebiegających bez zajęcia układu nerwowego, które na skutek zaniku i

przykurczy tych mięśni spowodują trwałą niezdolność do przemieszczania się po płaskiej powierzchni. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się jej zdiagnozowanie/ udokumentowanie jej wystąpienia.

- 10) **Gruźlica** - tylko taka gruźlica, która oznacza chorobę zakaźną spowodowaną prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*) z zajęciem płuc lub innych narządów. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem badania bakteriologicznego bądź histologicznego i decyzją o wdrożeniu leczenia przeciwprątkowego. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się wystąpienie leczenia przeciwprątkowego z jej powodu.
- 11) **Łagodny guz mózgu** - tylko taki łagodny guz mózgu, który oznacza niezłośliwą histologicznie zmianę guzowatą w obrębie tkanki mózgu lub opon (z wyłączeniem rdzenia przedłużonego), potwierdzoną badaniem tomografii komputerowej mózgu (KT) lub metodą rezonansu magnetycznego, wymagającą przeprowadzenia zabiegu operacyjnego z dostępu przez trepanację czaszki, a w przypadku jej zaniechania powodująca trwałe ubytki neurologiczne. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa. Zakres ochrony nie obejmuje: nowotworów złośliwych, guzów przysadki, torbieli, zmian naczyniowych, krwiałków, ziarniaków, ropni, guzów rdzenia, napadów padaczkowych bez trwałego ubytku neurologicznego. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się jej zdiagnozowanie/ udokumentowanie jej wystąpienia.
- 12) **Paraliż** - tylko taki paraliż, który oznacza całkowitą i nieodwracalną utratę funkcji ruchowej kończyny, dotyczącą co najmniej dwóch kończyn, będącą skutkiem urazu lub choroby. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się jej zdiagnozowanie / udokumentowanie jej wystąpienia.
- 13) **Śpiączka** - tylko taka śpiączka, która oznacza stan głębokiej utraty świadomości z brakiem reakcji na bodźce bólowe z zewnątrz oraz brakiem odruchu rogówkowego, trwający co najmniej 96 godzin, wymagający zastosowania sprzętu podtrzymującego funkcje życiowe, doprowadzający do trwałego ubytku neurologicznego; oraz stan śpiączki trwający dłużej niż 60 dni, niezależnie od występowania ubytku neurologicznego. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego zawierającej ocenę stanu neurologicznego przy wypisie. Zakres ochrony nie obejmuje śpiączki wywołanej lub sztucznie przedłużanej w celach terapeutycznych. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się jej zdiagnozowanie / udokumentowanie jej wystąpienia.
- 14) **Stwardnienie rozsiane** - tylko takie stwardnienie rozsiane, które oznacza przewlekłą chorobę charakteryzującą się występowaniem ubytkowych objawów neurologicznych powstałych w wyniku rozsianych zmian demielinizacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym, przebiegającą z okresami rzutów i remisji lub o przebiegu postępującym. Rozpoznanie musi być postawione na podstawie:
 - badania podmiotowego, w którym stwierdza się co najmniej dwa odrębne w czasie rzuty choroby (oddzielone od siebie okresami dłuższymi niż 30 dni),
 - badania przedmiotowego, w którym stwierdza się co najmniej dwa objawy ubytkowe z odrębnych części ośrodkowego układu nerwowego,
 - badania rezonansu magnetycznego (MRI), w którym stwierdza się obraz charakterystyczny dla stwardnienia rozsianego,Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie.
Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się jej zdiagnozowanie.
- 15) **Utrata kończyny - wskutek choroby** - tylko taka utrata kończyny wskutek choroby, która oznacza amputację co najmniej jednej kończyny wskutek choroby:
 - powyżej nadgarstka – w zakresie kończyn górnych,
 - powyżej stawu skokowego – w zakresie kończyn dolnych.Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się przebycie z jej powodu operacji.
- 16) **Utrata kończyny - wskutek urazu** - tylko taka utrata kończyny wskutek zewnętrznego urazu, która oznacza całkowitą utratę dwóch lub więcej kończyn, a także jednoczesną utratę obu dłoni lub obu stóp oraz jednoczesną utratę jednej dłoni i jednej stopy. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się zajście wypadku skutkującego jej powstaniem.
- 17) **Utrata mowy** - tylko taka utrata mowy, która oznacza całkowitą utratę zdolności mowy, niemożliwa do skorygowania, również częściowo, przez zastosowanie jakichkolwiek procedur terapeutycznych, powstała na skutek choroby lub urazu, trwająca nieprzerwanie o najmniej 12

miesiący. Zakres ochrony obejmuje utratę zdolności mowy wskutek resekcji narządu mowy, przewlekłej choroby krtani, uszkodzenia ośrodka mowy w mózgu. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę otolaryngologa lub neurologa. Zakres ochrony nie obejmuje przypadków spowodowanych zaburzeniami psychicznymi. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się jej zdiagnozowanie lub w przypadku utraty mowy w wyniku urazu – zajście wypadku skutkującego jej powstaniem.

- 18) **Utrata słuchu** - tylko taka utrata słuchu, która oznacza całkowitą obustronną utratę zdolności słyszenia i rozróżniania dźwięków. Rozpoznanie musi być potwierdzone obustronnym ubytkiem słuchu powyżej 90 dB. W celu potwierdzenia utraty słuchu konieczne jest przeprowadzenie specjalistycznego badania audiometrycznego lub słuchowych potencjałów wywołanych. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się jej zdiagnozowanie lub w przypadku utraty słuchu w wyniku urazu – zajście wypadku skutkującego jej powstaniem.
 - 19) **Operacja zastawki serca** – tylko taka operacja zastawki bądź zastawek serca, która oznacza przeprowadzenie operacji na otwartym sercu w celu wymiany lub naprawy nieprawidłowości (wad) zastawki bądź zastawek serca. Rozpoznanie nieprawidłowości (wad) zastawki musi być potwierdzone cewnikowaniem serca lub echokardiogramem. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się przebieg z jej powodu operacji.
 - 20) **Wrzodzące zapalenie jelita grubego** – tylko takie wrzodzące zapalenie jelita grubego, które oznacza rozpoznanie po raz pierwszy w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej wrzodzącego zapalenia jelita grubego potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego i leczone operacyjnie.
 - 21) **Zakażona martwica trzustki** - tylko taka zakażona martwica trzustki, która oznacza pierwszorazowe wykonanie operacji chirurgicznej, polegającej na laparotomii, czyli otwarciu jamy brzusznej i usunięciu martwiczych tkanek okołotrzustkowych lub trzustki u osoby, u której rozpoznano zakażenie tych tkanek w przebiegu ostrego zapalenia trzustki. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się przebieg z jej powodu operacji.
31. **Operacja chirurgiczna** - zabieg chirurgiczny, wykonany w szpitalu na terenie Polski lub wszystkich pozostałych krajów Unii Europejskiej, w tym/oraz Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej (chyba że Wykonawca rozszerzy ochronę na inne kraje) metodą endoskopową, otwartą lub zamkniętą, wykonany przez uprawnionego lekarza, w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, niezbędny z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu.
32. **Wykonanie operacji chirurgicznej** – świadczenie wypłacane w przypadku wykonania u ubezpieczonego - w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela - operacji chirurgicznej wymienionej w katalogu operacji zgodnie z Ogólnymi warunkami ubezpieczenia ubezpieczyciela obowiązującymi w dniu złożenia oferty.
- Wysokość świadczenia stanowi określony procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie i uzależniona jest od stopnia trudności operacji zgodnie z podziałem obowiązującym w Ogólnych warunkach ubezpieczenia ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem, iż:
- nie dopuszcza się wypłaty świadczenia za operację o najwyższym stopniu trudności, najbardziej skomplikowaną w wysokości niższej niż 100% sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie,
 - nie dopuszcza się wypłaty świadczenia za operację o najniższym stopniu trudności, najmniej skomplikowaną w wysokości niższej niż 10% sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie.
 - nie dopuszcza się katalogu operacji zawierającego mniej niż **525** zabiegów chirurgicznych, za wyjątkiem zastosowania katalogu otwartego, w którym zabiegi chirurgiczne zdefiniowane są w sposób ogólny, obejmującego w konsekwencji co najmniej **525** różnych szczegółowych zabiegów chirurgicznych.

Świadczenie przysługuje za każde wykonanie operacji chirurgicznej.

Zamawiający dopuszcza zastrzeżenia, iż:

- 1) w każdym okresie trwającym kolejne 60 dni należne jest tylko jedno świadczenie; jeżeli w tym okresie konieczne jest przeprowadzenie dwóch lub więcej operacji chirurgicznych, ubezpieczyciel wypłaca najwyższe świadczenie przysługujące za pojedynczą operację chirurgiczną spośród wykonanych,

- 2) wypłata świadczenia w wysokości co najmniej 100% sumy ubezpieczenia w jednym roku polisowym z tytułu wszystkich operacji chirurgicznych, będących następstwem jednej i tej samej choroby albo jednego i tego samego nieszczęśliwego wypadku w roku polisowym powoduje zakończenie odpowiedzialności ubezpieczyciela w stosunku do danego ubezpieczonego w tym roku polisowym,
- 3) wypłata świadczenia w wysokości co najmniej 200% sumy ubezpieczenia w jednym roku polisowym z tytułu wszystkich operacji chirurgicznych, będących następstwem wszystkich chorób albo wszystkich nieszczęśliwych wypadków w roku polisowym powoduje zakończenie odpowiedzialności ubezpieczyciela w stosunku do danego ubezpieczonego w tym roku polisowym.

Nie dopuszcza się wyłączenia / ograniczenia odpowiedzialności z tytułu Wykonania operacji chirurgicznej jeżeli konieczność jej przeprowadzenia pozostawała w związku z:

- chorobami psychicznymi, zaburzeniami psychicznymi, niedorozwojem umysłowym, atakami konwulsji i epilepsji,
- wadami wrodzonymi i chorobami będącymi ich następstwem,
- chorobą AIDS lub przebiegiem zakażenia wirusem HIV,
- z nieuzasadnionym nieskorzystaniem z porady lekarskiej,
- z nieprzestrzeganiem zaleceń lekarskich,
- pełnieniem służby wojskowej.

Nie dopuszcza się wyłączenia z ochrony ubezpieczeniowej operacji chirurgicznych:

- przeprowadzonych w ramach chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, jeżeli były niezbędne do usunięcia skutków nieszczęśliwych wypadków lub choroby nowotworowej, bądź były przeprowadzone ze wskazań medycznych (np. operacja powiek w celu usunięcia ograniczenia pola widzenia),
- polegających na implantowaniu zębów, jeżeli były to zabiegi rekonstrukcyjne następstw wypadków zaistniałych lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela,
- przeprowadzonych w bezpośrednim związku z przeszczepieniem organu lub narządu.

Nie dopuszcza się wyłączenia / ograniczenia odpowiedzialności z tytułu danej operacji chirurgicznej, jeżeli operacja ta została przeprowadzona metodą endoskopową.

Nie dopuszcza się uzależniania wypłaty świadczenia od okresu pozostawania przy życiu po wykonaniu operacji chirurgicznej ani od minimalnego okresu pobytu w szpitalu w związku z przebytą operacją.

33. **Trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji** – trwała i całkowita niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej w dowolnym zawodzie oraz do samodzielnej egzystencji (oznaczająca, że zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania przez ubezpieczonego zdolności do pracy, w tym do prowadzenia działalności) będąca rezultatem nieszczęśliwego wypadku lub choroby powstałych w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela. Dopuszcza się ograniczenie odpowiedzialności ubezpieczyciela po ukończeniu przez ubezpieczonego 55 roku życia do świadczenia z tytułu trwałej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji będącej rezultatem wyłącznie nieszczęśliwego wypadku. Wypłata świadczenia może być uzależniona od potwierdzenia trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz do samodzielnej egzystencji orzeczeniem lekarskim o trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz do samodzielnej egzystencji wydanym przez podmiot uprawniony do wydawania takich orzeczeń.

Nie dopuszcza się wyłączenia / ograniczenia odpowiedzialności z tytułu trwałej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, jeżeli niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji jest:

- wynikiem uprawiania sportów, udziałem ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych zarówno o ryzykownym charakterze jak i nie mających ryzykownego charakteru,
- wynikiem choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych, atakami konwulsji i epilepsji,
- spowodowana chorobą AIDS lub przebiegiem zakażenia wirusem HIV.

34. **Karencja** - okres, w którym ubezpieczyciel czasowo nie ponosi odpowiedzialności pomimo płacenia składek za ubezpieczenie.

35. Jeżeli ubezpieczyciel w ofercie zaoferował korzystniejszą definicję niż podane w niniejszej SIWZ (określoną w tabeli punktacji w kryterium oceny ofert) – przyjmuje się w miejsce definicji określonej w SIWZ definicję z oferty ubezpieczyciela.

Definicje dla ryzyk i świadczeń z zakresu fakultatywnego, dodatkowo punktowanego zgodnie z kryterium oceny ofert

O ile postanowienia SIWZ nie stanowią inaczej, definicje określone w SIWZ obowiązują również w zakresie ryzyk z zakresu fakultatywnego włączonych do ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z ofertą wykonawcy.

36. **Zgon współmałżonka/partnera wskutek wypadku komunikacyjnego** - śmierć współmałżonka/partnera spowodowana wypadkiem komunikacyjnym mającym miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, jeżeli doszło do niej w ciągu 36 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku. Prawo do świadczenia przysługuje ubezpieczonemu. Nieszczęśliwy wypadek, wypadek komunikacyjny, współmałżonek, partner – zgodnie z definicjami określonymi w SIWZ.
37. **Zgon współmałżonka/partnera wskutek wypadku przy pracy** - śmierć współmałżonka/partnera spowodowana wypadkiem przy pracy, mającym miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, jeżeli doszło do niej w ciągu 36 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku. Prawo do świadczenia przysługuje ubezpieczonemu. Nieszczęśliwy wypadek, wypadek przy pracy, współmałżonek, partner – zgodnie z definicjami określonymi w SIWZ.
38. **Zgon współmałżonka/partnera wskutek zawału serca lub udaru mózgu** - śmierć współmałżonka/partnera rozumiana zgodnie z definicją **Zgonu wskutek zawału serca lub udaru mózgu** określoną w cz. II.2 pkt 10 załącznika nr 1 do SIWZ. Prawo do świadczenia przysługuje ubezpieczonemu. Zgon wskutek zawału serca lub udaru mózgu, współmałżonek, partner – zgodnie z definicjami określonymi w SIWZ.
39. **Zgonu dziecka w wyniku NW** - śmierć dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba (jeżeli nie żyje ojciec lub matka) bez względu na wiek dziecka, spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem mającym miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, jeżeli doszło do niej w ciągu 36 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku. Prawo do świadczenia przysługuje ubezpieczonemu, o ile nie przyczynił się umyślnie do śmierci dziecka. Nieszczęśliwy wypadek zgodnie z definicją określoną w SIWZ.
40. **Urodzenie dziecka z wadą wrodzoną** – urodzenie się ubezpieczonemu w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela żywego dziecka, u którego stwierdzono wadę wrodzoną wymienioną w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD - 10, stwierdzoną przez lekarza do 3 roku jego życia. Świadczenie należne jest z tytułu jednej wady wrodzonej. Wypłata w wysokości 100% świadczenia. Świadczenie należne jest za każde urodzone dziecko.
41. **Pobyt współmałżonka/partnera w szpitalu spowodowany chorobą** - pobyt współmałżonka/partnera w szpitalu spowodowany chorobą mający miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela. Prawo do świadczenia przysługuje ubezpieczonemu. Współmałżonek, partner, szpital, choroba, pobyt w szpitalu zgodnie z definicjami określonym w SIWZ, z zastrzeżeniem, iż świadczenie płatne jest w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą trwającego minimum 3 dni. Dzień pobytu w szpitalu – każda rozpoczęta doba pobytu w szpitalu (*do spełnienia minimum 3 dni pobytu konieczne są dwie zmiany daty*).
42. **Pobyt współmałżonka/partnera w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem** - pobyt współmałżonka/partnera w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem mający miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela. Prawo do świadczenia przysługuje ubezpieczonemu. Współmałżonek, partner, szpital, pobyt w szpitalu, nieszczęśliwy wypadek zgodnie z definicjami określonym w SIWZ.
43. **Pobyt współmałżonka/partnera w szpitalu na Oddziale Intensywnej Terapii** – jednorazowe świadczenie przysługujące w razie pobytu na Oddziale Intensywnej Terapii (OIT) trwającym nieprzerwanie co najmniej 48 godzin w trakcie pobytu w szpitalu. Prawo do świadczenia przysługuje ubezpieczonemu. Współmałżonek, partner, szpital, OIT zgodnie z definicjami określonymi w SIWZ.

44. **Pobyt dziecka w szpitalu spowodowany chorobą** - pobyt dziecka w szpitalu spowodowany chorobą mający miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela. Prawo do świadczenia przysługuje ubezpieczonemu. Dziecko - dziecko własne, przysposobione lub pasierb (jeżeli nie żyje ojciec lub matka) pod warunkiem, że nie ukończyło 25 roku życia. Szpital, choroba, pobyt w szpitalu zgodnie z definicjami określonymi w SIWZ, z zastrzeżeniem, iż świadczenie płatne jest w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą trwającego minimum 3 dni. Dzień pobytu w szpitalu – każda rozpoczęta doba pobytu w szpitalu (*do spełnienia minimum 3 dni pobytu konieczne są dwie zmiany daty*).
45. **Pobyt dziecka w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem** - pobyt dziecka w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem mający miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela. Prawo do świadczenia przysługuje ubezpieczonemu. Dziecko - dziecko własne, przysposobione lub pasierb (jeżeli nie żyje ojciec lub matka) pod warunkiem, że nie ukończyło 25 roku życia. Szpital, nieszczęśliwy wypadek, pobyt w szpitalu zgodnie z definicjami określonym w SIWZ.
46. **Ciężka choroba dziecka** - wystąpienie ciężkiej choroby dziecka w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, obejmujące co najmniej następujące choroby: cukrzyca, dystrofia mięśni, guzy śródczaszkowe, niewydolność nerek, niewydolność wątroby, nowotwór złośliwy, poparzenie, przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C, śpiączka, transplantacja głównych narządów, zapalenie mózgu, zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji krwi, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Dziecko - dziecko własne, przysposobione lub pasierb (jeżeli nie żyje ojciec lub matka) pod warunkiem, że nie ukończyło 25 roku życia. Świadczenie płatne za każde wystąpienie ciężkiej choroby w wysokości określonej w umowie (100% sumy ubezpieczenia). Prawo do świadczenia przysługuje ubezpieczonemu.

Definicje poważnych chorób z zakresu minimalnego

- 1) **Cukrzyca** - tylko taka cukrzyca, która oznacza cukrzycę typu 1 (insulinozależną) wymagającą leczenia insuliną z uwagi na zagrożenie życia, w której leczenie insuliną jest stosowane przez okres co najmniej 3 miesięcy przed zgłoszeniem roszczenia, a rozpoznanie choroby i jej postaci zostało potwierdzone przez lekarza specjalistę. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się jej zdiagnozowanie.
- 2) **Dystrofia mięśni** - tylko taka dystrofia mięśni, która oznacza grupę uwarunkowanych genetycznie przewlekłych chorób mięśni poprzecznie prążkowanych o charakterze zwyrodnieniowym, przebiegających bez zajęcia układu nerwowego, które na skutek zaniku i przykurczy tych mięśni spowodują trwałą niezdolność do przemieszczania się po płaskiej powierzchni. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się jej zdiagnozowanie.
- 3) **Guzy śródczaszkowe** – niezłośliwe wewnątrzczaszkowe, zagrażające życiu nowotwory mózgu wymagające usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji, powodujące trwałe ubytek neurologiczny. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem histopatologicznym, a w przypadku, gdy nie zastosowano leczenia operacyjnego konieczne jest potwierdzenie badaniem obrazowym (MJR, TK, arteriografi a) i opinią neurologa lub neurochirurga. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte:
 - a) malformacje naczyniowe;
 - b) nienowotworowe guzy mózgu (krwiaki, ziarniniaki, ropnie);
 - c) torbiele;
 - d) guzy przysadki mózgowej i szyszynki mniejsze niż 1 cm.Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się jej zdiagnozowanie.
- 4) **Niewydolność nerek** - tylko taka niewydolność nerek, która oznacza krańcowe stadium niewydolność nerek w postaci nieodwracalnego upośledzenia czynności obu nerek, i która wymaga przeprowadzania regularnych dializ lub operacji przeszczepienia nerki. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się jej zdiagnozowanie.
- 5) **Niewydolność wątroby** – tylko taka niewydolność wątroby, która oznacza krańcowe upośledzenie czynności wątroby w zakresie jej głównych funkcji u osoby z istniejącą co najmniej od 6 miesięcy chorobą wątroby, charakteryzujące się wystąpieniem objawów encefalopatii wątrobowej oraz żółtaczką i wodobrzuszą bądź żyłaków przełyku, stanowiące wskazanie do przeszczepu wątroby. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się jej zdiagnozowanie.
- 6) **Nowotwór złośliwy** – tylko taki nowotwór złośliwy, który oznacza nowotwór (guz) rozpoznany jako złośliwy badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez specjalistę onkologa lub histopatologa, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i

rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek, a także białaczka, chłoniak złośliwy, ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są

- a) rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne;
- b) czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania IA (Stage IA) (≤ 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 r.;
- c) nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), raka podstawnkomórkowego skóry i raka kolczystokomórkowego skóry;
- d) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV.

Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się jej zdiagnozowanie.

- 7) **Poparzenie** - tylko takie poparzenie, które wymaga hospitalizacji i obejmuje:
 - ponad 60% powierzchni ciała – dla poparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie lub
 - ponad 15% powierzchni ciała – dla poparzeń III stopnia.Konieczne jest przedstawienie karty informacyjnej leczenia szpitalnego ze szczegółowym określeniem stopnia poparzenia i procentu poparzonej powierzchni ciała. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się zajście wypadku skutkującego jej powstaniem.
- 8) **Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C** - tylko takie przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C, które oznacza potwierdzone badaniem biopsyjnym przewlekłe zapalenie wątroby zaistniałe wskutek zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, spowodowane zakażeniem wirusem HBV lub HCV, w którym stopień aktywności zapalnej ocenionej w badaniu histopatologicznym ma wartość nie mniejszą niż 3 w skali od 0 do 4, gdzie stopień 0 to brak zmian zapalnych, stopień 1 to aktywność niewielka, stopień 2 to aktywność mierna, stopień 3 to aktywność średnia, a stopień 4 to aktywność duża. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się jej zdiagnozowanie.
- 9) **Śpiączka** - tylko taka śpiączka, która oznacza trwający nie krócej niż 96 godzin stan całkowitej utraty świadomości z towarzyszącym zniesieniem wszelkich odruchów neurologicznych oraz brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz wymagający zastosowania metod podtrzymujących podstawowe funkcje życiowe organizmu. Stan ten winien pozostawiać trwałe ubytki neurologiczne przez co najmniej 6 miesięcy, a jego rozpoznanie wymaga potwierdzenia dokumentacją medyczną, zawierającą między innymi końcową ocenę stanu neurologicznego. Definicja nie obejmuje śpiączki będącej następstwem spożycia alkoholu lub narkotyków, a także śpiączki farmakologicznej, w którą Ubezpieczony został wprowadzony podczas leczenia. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się zapadnięcie w śpiączkę.
- 10) **Transplantacja głównych narządów** - tylko taka transplantacja głównych narządów, która oznacza przebycie w charakterze biorcy operacji przeszczepu serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub szpiku kostnego. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się przeprowadzenie transplantacji.
- 11) **Zapalenie mózgu** – tylko takie zapalenie mózgu, które oznacza ostre zapalenie tkanki mózgowej będące przyczyną co najmniej 3 tygodniowej hospitalizacji oraz prowadzące do powstania trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się jej zdiagnozowanie.
- 12) **Zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji krwi** - tylko takie zakażenie wirusem HIV, które oznacza powikłanie transfuzji krwi wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej u osoby nie chorującej na hemofilię, potwierdzone orzeczeniem lekarskim albo inną wiarygodną dokumentacją medyczną i pod warunkiem, że zakażenie miało miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się jej zdiagnozowanie.
- 13) **Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** - tylko takie zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, które oznacza stan zapalny opon mózgu powodujący trwałe ubytki neurologiczne potwierdzone przez specjalistę neurologa, utrzymujące się przez 3 kolejne miesiące, udokumentowany wynikami badań i dokumentacją medyczną ośrodka prowadzącego leczenie. Za wystąpienie przedmiotowej choroby uznaje się jej zdiagnozowanie.

47. **Niezdolność do pracy** - całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy (oznaczająca, że zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania przez ubezpieczonego zdolności do pracy), będąca rezultatem nieszczęśliwego wypadku lub choroby powstałych w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.

Nie dopuszcza się wyłączenia / ograniczenia odpowiedzialności z tytułu niezdolności do pracy, jeżeli niezdolność do pracy jest:

48. **Specjalistyczne leczenie ubezpieczonego** - Świadczenie wypłacane w przypadku przeprowadzenia u ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela leczenia specjalistycznego:

- 1) chemioterapia lub radioterapia,
- 2) ablacja,
- 3) wszczepienie kardiowertera / defibrylatora
- 4) wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora, kardiostymulatora)
- 5) terapia interferonowa
- 6) dializoterapia

Przysługuje tylko jedno świadczenie w związku z tym samym leczeniem specjalistycznym, z zastrzeżeniem, iż w przypadku przeprowadzenia u ubezpieczonego zarówno radioterapii jak i chemioterapii przysługuje tylko jedno świadczenie. Świadczenie płatne w wysokości określonej w umowie (100% sumy ubezpieczenia).

Definicje:

- 1) **Ablacja** - zabieg wykonywany za pomocą prądu o częstotliwości radiowej w celu leczenia zaburzeń rytmu serca.
- 2) **Chemioterapia** - metoda systemowego leczenia choroby nowotworowej za pomocą przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego z grupy leków L według klasyfikacji ATC podanej drogą pozajelitową.
- 3) **Kardiowerter/ defibrylator** - urządzenie elektroniczne z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną wszczepiane chorym, którzy mają poważne zaburzenia rytmu pochodzenia komorowego lub epizody nagłego zatrzymania krążenia.
- 4) **Radioterapia** - leczenie choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego.
- 5) **Rozrusznik serca/ stymulator serca/ kardiostymulator** - urządzenie elektroniczne służące do pobudzania rytmu serca, wszczepiane do ciała chorego.
- 6) **Terapia interferonowa** - podawanie drogą pozajelitową interferonu jako metoda leczenia.
- 7) **Dializoterapia** - leczenie za pomocą dializy niewydolności nerek.
 - wynikiem uprawiania sportów, udziałem ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych zarówno o ryzykownym charakterze jak i nie mających ryzykownego charakteru,
 - wynikiem choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych, atakami konwulsji i epilepsji,
 - spowodowana chorobą AIDS lub przebiegiem zakażenia wirusem HIV.

49. **Narodziny wnuka** – urodzenie się żywego wnuka lub przysposobienie wnuka bez względu na jego wiek) przez córkę lub syna ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela. Świadczenie należne jest za każdego urodzonego / przysposobionego wnuka. Prawo do świadczenia przysługuje ubezpieczonemu.

50. **Assistance medyczny** – Ubezpieczyciel zobowiązuje się do świadczeń assistance medycznego, obejmującego organizację usług w razie wystąpienia nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania ubezpieczonego, polegającą co najmniej na: zorganizowaniu wizyty lekarza, wizyty pielęgniarki, transportu medycznego, dostarczenia leków, opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi, telefonicznych usług informacyjnych (medycznych) – na zasadach określonych w Ogólnych warunkach ubezpieczenia ubezpieczyciela.

51. **Świadczenie apteczne** - świadczenie przysługujące w razie konieczności zakupu leków w aptece po pobycie ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela na wypadek leczenia szpitalnego. Świadczenie polega na refundacji kosztów zakupu leków lub odbiorze leków przez ubezpieczonego w aptecce wskazanej przez ubezpieczyciela lub wypłacie jednorazowego świadczenia w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia. Minimalna wysokość świadczenia wynosi 200 zł w roku. Dopuszcza się ograniczenie odpowiedzialności ubezpieczyciela do przyznania świadczenia maksymalnie 3 razy w każdym 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia.

52. **Dodatkowe zniżki dla ubezpieczonych w odniesieniu do indywidualnych ubezpieczeń** – ubezpieczyciel przyzna specjalną zniżkę dla osób ubezpieczonych w ramach „Grupowego ubezpieczenia na życie pracowników Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Szczecinie oraz członków ich rodzin” zawartego w wyniku rozstrzygnięcia niniejszego postępowania, w wysokości co najmniej 10 % dla ubezpieczeń majątkowych, w tym komunikacyjnych (OC, AC, NW).
53. **Roczna gwarancja indywidualnej kontynuacji** - Wykonawca zagwarantuje możliwość indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, bez okresu karencji dla osoby, która przestała być członkiem grupy – przez okres pierwszego roku trwania indywidualnej kontynuacji - na takich samych warunkach (w szczególności co do zakresu, wysokości świadczeń i składki) jak w ubezpieczeniu grupowym. Po pierwszym roku indywidualna kontynuacja realizowana będzie na warunkach określonych w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Wykonawcy.

Zamawiający przyzna dodatkowe punkty zgodnie z kryterium oceny ofert określonym w niniejszej SIWZ w przypadku:

- a) podwyższenia wysokości świadczeń określonych w załączniku nr 1 do SIWZ cz.II.1. w tabeli „Minimalny zakres ubezpieczenia i wysokość świadczeń”,
- b) zaoferowania dodatkowych ryzyk i świadczeń wymienionych w SIWZ w rozdz. XIII pkt 1.4 tabela B,
- c) przyjęcia definicji ryzyk i postanowień korzystniejszych dla ubezpieczonego wymienionych w SIWZ w rozdz. XIII pkt 1.4 tabela C,
- d) posiadania i udostępnienia przez Wykonawcę Zamawiającemu aplikacji internetowej do obsługi umowy ubezpieczenia – jeżeli w przypadku posiadania aplikacji internetowej do obsługi umowy ubezpieczenia (elektronicznego systemu obsługi umowy ubezpieczenia) Wykonawca nieodpłatnie udostępni Zamawiającemu elektroniczny system obsługi umowy;
elektroniczny system zapewniać ma co najmniej:
 - prowadzenie ewidencji osób ubezpieczonych,
 - ewidencjonowanie osób przystępujących do programu ubezpieczenia,
 - ewidencjonowanie osób występujących z programu ubezpieczenia,
 - aktualizowanie danych osobowych dotyczących ubezpieczonych i uposażonych,
 - rozliczanie składek miesięcznych.