

SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiot ubezpieczenia:

- 1.1. Ochroną ubezpieczeniową objęte jest życie pracowników Zamawiającego, ich współmałżonków oraz pełnoletnich dzieci, którzy zadeklarują chęć przystąpienia do ubezpieczenia i płatności składki za ubezpieczenie. W przypadku współmałżonków oraz ich pełnoletnich dzieci pracownik musi wyrazić zgodę na ich przystąpienie do ubezpieczenia.
- 1.2. Usługa świadczona będzie przez okres 12 miesięcy.
- 1.3. Łączna liczba zatrudnionych pracowników: 104 osoby (nauczyciele konsultanci, nauczyciele bibliotekarze, pracownicy administracji oraz pracownicy obsługi)
- 1.4. Łączna liczba ubezpieczonych pracowników, współmałżonków i pełnoletnich dzieci według stanu na 2010 rok, wynosi 92 osoby.
- 1.5. Przewidywana, maksymalna liczba osób zainteresowanych przystąpieniem do ubezpieczenia grupowego to – 104 osoby.
- 1.6. W przypadku pojawienia się konieczności ubezpieczenia większej liczby osób, Zamawiający przewiduje możliwość udzielania zamówień uzupełniających, o których mowa w art. 67 ust. 1 pkt. 6, polegających na powtórzeniu tego samego rodzaju zamówień, stanowiących nie więcej niż 50% wartości zamówienia podstawowego, zgodnych z przedmiotem zamówienia podstawowego.
- 1.7. Każdy z pracowników może ubezpieczyć swojego współmałżonka i pełnoletnie dzieci. Pracownik wyraża tym samym zgodę na potrącanie przez Zamawiającego odpowiedniej wysokości składki z comiesięcznego wynagrodzenia za własne ubezpieczenie oraz współmałżonka lub pełnoletnie dzieci (jeśli wyrazili oni wolę przystąpienia do ubezpieczenia oraz zostali zgłoszeni do ubezpieczenia przez pracownika). W przypadku braku możliwości potrącenia przez Zamawiającego kwoty należnej składki za ubezpieczenie pracownika i/lub współmałżonka i/lub pełnoletnie dzieci z pensji lub jakiegokolwiek innego świadczenia wypłacanego przez pracodawcę, na pracowniku ciąży obowiązek wpłaty należnej składki za osoby objęte ubezpieczeniem do kasy Zamawiającego w terminie umożliwiającym terminową realizację przelewu pełną należną ubezpieczycielowi kwotą składki za ubezpieczenie.

2. Zakres i sumy ubezpieczenia oraz limity odpowiedzialności:

- 2.1. Zakres zamówienia obejmuje:
 - 2.1.1. Ubezpieczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego oraz dodatkowo:
 - 2.1.1.1. ubezpieczenie na wypadek śmierci w wyniku NW;
 - 2.1.1.2. ubezpieczenie na wypadek śmierci w następstwie wypadku przy pracy;
 - 2.1.1.3. ubezpieczenie na wypadek śmierci w wyniku wypadku komunikacyjnego;

- 2.1.1.4.ubezpieczenie na wypadek śmierci w następstwie zawału serca lub udaru mózgu;
- 2.1.2. Ubezpieczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie NW.
- 2.1.3. Ubezpieczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu.
- 2.1.4. Ubezpieczenie na wypadek operacji chirurgicznych Ubezpieczonego.
- 2.1.5. Ubezpieczenie na wypadek pobytu w szpitalu Ubezpieczonego
- 2.1.6. Ubezpieczenie na wypadek trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego
- 2.1.7. Ubezpieczenie na wypadek śmierci współmałżonka oraz dodatkowo
 - 2.1.7.1.ubezpieczenie na wypadek śmierci współmałżonka w wyniku NW.
- 2.1.8. Ubezpieczenie na wypadek śmierci dziecka.
- 2.1.9. Ubezpieczenie na wypadek urodzenia martwego dziecka.
- 2.1.10.Ubezpieczenie na wypadek osierocenia dziecka.
- 2.1.11.Ubezpieczenie na wypadek urodzenia się dziecka.
- 2.1.12.Ubezpieczenie na wypadek śmierci rodziców i teściów.

2.2. Definicje zdarzeń, za które wypłacane będą świadczenia:

- 2.2.1. **śmierć naturalna** – zgon ubezpieczonego.
- 2.2.2. **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagle, niezależne od woli ubezpieczonego i stanu jego zdrowia gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, będące wyłączną i bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela.
- 2.2.3. **wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego:
 - a) zwykłych czynności albo poleceń przełożonych w ramach stosunku pracy albo też innego nazwanego stosunku cywilnoprawnego, dla których to umów istnieje obowiązek opłacania lub też zwolnienia z opłacania składek na ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych;
 - b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego czynności w interesie swojego zakładu pracy, nawet bez polecenia przełożonego;
 - c) w czasie pozostawania w dyspozycji zakładu pracy w drodze między siedzibą zakładu pracy, a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego z umowy o pracę lub innego nazwanego stosunku cywilnoprawnego, dla których to umów istnieje obowiązek opłacania lub też zwolnienia z opłacania składek na ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych; na równi z wypadkiem przy pracy traktuje się - w zakresie uprawnień do świadczeń - wypadek, któremu ubezpieczony uległ w czasie trwania podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w przedmiotowej definicji, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań.
- 2.2.4. **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek w ruchu lądowym, któremu uległ Ubezpieczony jako:
 - a) pasażer lub kierujący
 - b) rowerzysta,
 - c) pieszy

- d) inne, jako uczestnik ruchu zgodnie ze znaczeniem obowiązujących przepisów prawa o ruchu drogowym.
- 2.2.5. **śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – śmierć ubezpieczonego będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku, jeśli nastąpiła w ciągu 365 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
- 2.2.6. **śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego** – śmierć ubezpieczonego będąca następstwem wypadku komunikacyjnego, jeśli nastąpiła w ciągu 365 dni od daty wypadku komunikacyjnego, także wtedy gdy wypadek komunikacyjny jest jednocześnie wypadkiem przy pracy.
- 2.2.7. **śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy** – śmierć ubezpieczonego będąca następstwem wypadku przy pracy, jeżeli nastąpiła w ciągu 365 dni od daty tego wypadku.
- 2.2.8. **śmierć ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu** – która nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od daty rozpoznanego zawału serca albo udaru mózgu.
- 2.2.9. **trwały uszczerbek na zdrowiu** - trwale, nie rokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji.
- 2.2.10. **małżonek** – osoba pozostająca z ubezpieczonym w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
- 2.2.11. **rodzice i teściowie ubezpieczonego** – rodzice małżonka ubezpieczonego + rodzice ubezpieczonego + ojczym i macocha, o ile nie żyje ojciec lub matka biologiczna małżonka ubezpieczonego lub ubezpieczonego.
- 2.2.12. **poważne (ciężkie) zachorowanie ubezpieczonego – w max możliwym do zaoferowania przez ubezpieczycieli zakresie; minimalny wymagany zakres chorób objętych ubezpieczeniem:**
- a) zawał serca, nowotwór złośliwy, niewydolność nerek, choroba Creutzfelda – Jacoba, udar mózgu, opaniak, choroba Parkinsona, utrata wzroku, utrata słuchu, odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu, ropień mózgu, wścieklizna, zgorzel gazowa, borelioza, choroba aorty brzusznej, choroba aorty piersiowej, gruźlica, przewlekłe zapalenie wątroby, utrata kończyny, wada serca, choroba neuronu ruchowego, choroba Huntingtona, bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo–rdzeniowych, bakteryjne zapalenie wsierdza, stwardnienie rozsiane, martwica trzustki - jeżeli nie są one spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem;
 - b) chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych – bypass i transplantacja organów – w wyniku przeprowadzenia operacji;
 - c) zakażenie wirusem HIV, sepsa, tężec – jako następstwo zakażenia;
 - d) oparzenia, utrata wzroku, utrata słuchu, utrata kończyny i/lub kończyn – jako następstwa nieszczęśliwego wypadku;
 - e) inne, zgodnie z jednostronnymi OWU ubezpieczycieli, które nie wymieniono powyżej, a znajdują zastosowanie w przypadku wariantu maksymalnego.
- 2.2.13. **pobyt w szpitalu** – całodobowy pobyt ubezpieczonego w szpitalu trwający nieprzerwanie dłużej niż 3 dni na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, Unii Europejskiej, Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Szwajcarii i Watykanu w celu leczenia szpitalnego, tj. leczenia stanów nagłych, których odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo utratą życia lub leczenie stanów, w których nie można uzyskać celu leczniczego podczas leczenia ambulatoryjnego.
- 2.2.14. **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 **przez-skórnej 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
- 2.2.15. **udar mózgu** - oznacza nagłe ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych, wywołane wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi 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.
- 2.2.16. **nowotwór złośliwy** - 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:
- a) wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym,
 - b) wszystkie guzy, gdzie po badaniu histopatologicznym stwierdzono stan przednowotworowy lub przedinwazyjny,
 - c) nowotwory wykazujące zmiany typu carcinoma in situ,
 - d) choroba Hodgkina w pierwszym stadium,
 - e) nowotwory będące objawem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV.
- 2.2.17. **oparzenia** - termiczne i/lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych obejmujące:
- a) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń III stopnia oraz II i III stopnia łącznie lub
 - b) ponad 40% powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia lub
 - c) 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;
- 2.2.18. **niewydolność nerek** - 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;
- 2.2.19. **chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych** – oznacza operację chirurgiczną mającą na celu korektę zwężenia lub zamknięcia co najmniej jednej tętnicy wieńcowej poprzez wytworzenie przepliwów omijających (bypass) z użyciem przeszczepów naczyniowych;

2.2.20. **zakażenie wirusem HIV** - będące powikłaniem transfuzji krwi, wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej u osoby nie chorującej na hemofilię, potwierdzone:

- a) prawomocnym orzeczeniem sądu albo
- b) inną wiarygodną dokumentacją – w tym na życzenie ubezpieczyciela;

2.2.21. **szpital** – działający, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, kraju na terytorium którego jest zlokalizowany, zakład opieki leczenia zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych. Za szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala, oddziału i ośrodka rehabilitacji.

2.2.22. **OIOM/OIT** – Oddział Intensywnej Terapii wyodrębniony organizacyjnie jako osobny oddział w strukturach szpitala, wyposażony w sprzęt umożliwiający stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych oraz podjęcie czynności zastępczych w przypadku niewydolności narządów lub układów ustroju.

2.2.23. **rekonwalescencja** – trwający, bezpośrednio po pobycie w szpitalu, pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym w związku z przyczyną pobytu w szpitalu. Minimalny okres pobytu na zwolnieniu lekarskim po bezpośrednim pobycie w szpitalu, od którego rozpoczyna się odpowiedzialność ubezpieczyciela wynosi 7 dni.

2.2.24. **ubezpieczony** – osoba fizyczna, pozostająca w stosunku prawnym z ubezpieczającym, w szczególności w stosunku zatrudnienia bądź członkostwa, bądź też każdym innym zaakceptowanym przez Wykonawcę, w tym zwłaszcza współmałżonkowie oraz pełnoletnie dzieci pracowników Zamawiającego - która przystąpiła do ubezpieczenia na mocy złożonej deklaracji i zadeklarowała chęć opłacania składek.

2.2.25. **dziecko** - oznacza dziecko własne, przysposobione oraz pasierba (jeżeli nie żyje ojciec lub matka) – pod warunkiem, że nie ukończyło 25 roku życia.

2.2.26. **członek rodziny** – za członka rodziny uznaje się:

- 1) małżonka – osobę pozostającą z ubezpieczonym w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
- 2) pełnoletnie dzieci ubezpieczonego.

W odniesieniu do pozostałych pojęć i terminów dopuszcza się stosowanie zapisów Ogólnych Warunków Ubezpieczyciela/Wykonawcy. Zamawiający dopuszcza także wprowadzenie zmian w treści definicji określonych w pkt. 2.2 niniejszego Opisu Przedmiotu Zamówienia. Każda zmiana może zostać dokonana wyłącznie za aprobatą Zamawiającego, chyba że zakres stosowanej przez ubezpieczyciela definicji będzie tożsamy lub też szerszy od zakresu określonego w Opisie Przedmiotu Zamówienia.

2.2.27. Wymaganą minimalną wysokość świadczeń za poszczególne ryzyka ubezpieczeniowe odzwierciedla poniższa tabela:

Maksymalna wysokość składki 51,60zł.

Ubezpieczone ryzyka	Wysokość świadczeń(kwoty do wypłaty z tytułu realizacji ryzyka)	Wysokość świadczenia proponowana przez Wykonawcę -S	Waga dla danej pozycji -W
	Zakres		
Śmierć ubezpieczonego	40 000 zł		6,0

Śmierć ubezpieczonego - wypadek komunikacyjny	120 000 zł		5,0
Śmierć ubezpieczonego - wypadek w pracy	120 000 zł		5,0
Śmierć ubezpieczonego – nieszczęśliwy wypadek	80 000 zł		5,0
Śmierć ubezpieczonego – zawał serca/udar mózgu	56 000 zł		6,0
Osierocenie dziecka	4 000 zł		1,0
Uszczerbek na zdrowiu - NW (za 1%)	320 zł		5,0
Uszczerbek na zdrowiu – zawał serca/udar mózgu (za 1%)	320 zł		5,0
Śmierć współmałżonka	16 000 zł		6,0
Śmierć współmałżonka - NW	24 000 zł		5,0
Śmierć dziecka	2 172 zł		1,0
Śmierć rodziców/teściów	2 172 zł		1,0
Urodzenie się martwego dziecka	3 200 zł		1,0
Urodzenie się dziecka	1 600 zł		1,0
Trwała niezdolność do pracy	8 000 zł		1,0
Poważne (ciężkie) zachorowanie	4 000 zł		1,0

2.2.28. Wymaganą minimalną wysokość świadczeń za ryzyka dotyczące leczenia szpitalnego ubezpieczonego odzwierciedlają poniższe tabele:

Pobyt w szpitalu do 14 dni	Wysokość świadczeń(kwoty do wypłaty z tytułu realizacji ryzyka)	Wysokość świadczenia proponowana przez Wykonawcę - S	Waga dla danej pozycji -W
Zdarzenie spowodowane:	Zakres		
Nieszczęśliwym wypadkiem	100 zł		1,0
Wypadkiem przy pracy	120 zł		1,0
Wypadkiem komunikacyjnym	120 zł		1,0
Zawałem serca/udarem mózgu	60 zł		1,0
Chorobą	40 zł		1,0

Pobyt w szpitalu powyżej 14 dni	Wysokość świadczeń(kwoty do wypłaty z tytułu realizacji)	Wysokość świadczenia proponowana przez	Waga dla danej pozycji -W
---------------------------------	--	--	---------------------------

	ryzyka)	Wykonawcę - S	
Zdarzenie spowodowane:	Zakres		
Chorobą	40 zł		1,0
Nieszczęśliwym wypadkiem (niezależnie od jego rodzaju)	40 zł		1,0

Dodatkowe świadczenia związane bezpośrednio z pobytem w szpitalu	Wysokość świadczeń(kwoty do wypłaty z tytułu realizacji ryzyka)	Wysokość świadczenia proponowana przez Wykonawcę - S	Waga dla danej pozycji - W
Zdarzenie:	Zakres		
Świadczenie za dzień rekonwalescencji 1)	20 zł		1,0
Świadczenie za pobyt na OIOM 2)	400 zł		1,0

1). Ubezpieczony otrzymywać będzie świadczenie z tytułu rekonwalescencji za okres maksymalnie 30 dni w roku ubezpieczenia;

2). Ubezpieczony otrzymywać będzie świadczenie za pobyt na OIOM/OIT nieprzerwanie, co najmniej 48 godzin w trakcie pobytu w szpitalu.

2.2.29. Wysokość świadczeń za ryzyka dotyczące operacji chirurgiczne, którym poddał się Ubezpieczony odzwierciedla poniższa tabela:

Operacje chirurgiczne	Wysokość świadczeń (kwoty do wypłaty z tytułu realizacji ryzyka)	Wysokość świadczenia proponowana przez Wykonawcę -S	Waga dla danej pozycji -W
	Zakres		
Operacje I stopnia	1 500 zł		1,0
Operacje II stopnia	900 zł		1,0
Operacje III stopnia	300 zł		1,0

Do I stopnia należą operacje najcięższe (najbardziej skomplikowane pod względem medycznym). Do III stopnia należą operacje najprostsze.

Jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia wykonawcy przewidują podział operacji chirurgicznych na większą liczbę stopni (klas) niż trzy, świadczenia z tytułu operacji chirurgicznych przyporządkowanych do klas wyższych nie mogą być mniejsze, niż świadczenia określone dla klasy pierwszej i świadczenia z tytułu operacji chirurgicznych przyporządkowanych do klasy z operacjami najprostszymi nie mogą być mniejsze niżeli 300,00 zł.

Zamawiający wymaga aby Wykonawca wykazał minimum 500 operacji chirurgicznych (procedur medycznych) wg katalogu Wykonawcy.

Gwarancja kontynuacji ubezpieczenia zgodnie z OWU Wykonawcy	TAK		1,0
Inne – dodatkowa klauzula w zakresie rozszerzenia listy chorób o dodatkowe min 5 chorób. W formularzu ofertowym należy zamieścić krótki opis	TAK/NIE**		1,0
Inne – zdefiniowane przez Wykonawcę (w formularzu ofertowym należy zamieścić krótki opis)	TAK/NIE**		1,0

3. Suma ubezpieczenia:

Suma ubezpieczenia dla każdego ryzyka działa niezależnie, tak że dla żadnego z ryzyk w ramach danego zakresu, suma ubezpieczenia nie będzie podlegała zmniejszeniu o kwotę już wypłaconych świadczeń z tytułu ryzyk pozostałych – brak konsumpcji sumy ubezpieczenia. Nie stosuje się limitu łącznej kwoty wypłat z tytułu jednego ryzyka.

Okres karencji:

Karencja nie dotyczy osób obecnie ubezpieczonych w ramach aktualnego programu ubezpieczeniowego (niezależnie od ilości rodzaju ryzyk obowiązujących w aktualnej umowie oraz odpowiadających im wysokości świadczeń).

Brak karencji w stosunku do osób zgłoszonych (przystępujących) do ubezpieczenia od pierwszego, drugiego i trzeciego miesiąca, w którym było to możliwe z uwagi na datę wprowadzenia ubezpieczenia lub datę nabycia praw do przystąpienia do ubezpieczenia.

Za datę nabycia praw do przystąpienia do ubezpieczenia uważać się będzie:

- 1 Datę zatrudnienia przez ubezpieczającego
- 2 Datę powrotu z urlopu wychowawczego
- 3 Datę powrotu z urlopu bezpłatnego
- 4 Datę powrotu po odbyciu służby wojskowej
- 5 Datę wstąpienia w związek małżeński (dotyczy ubezpieczenia współmałżonków pracowników ubezpieczającego)
- 6 Datę ukończenia 18-go roku życia (dotyczy ubezpieczenia dzieci pracowników ubezpieczającego).

W pozostałych przypadkach okresy karencyjne wynosić będą max:

- 1 Urodzenie dziecka – 9 miesięcy;
- 2 Śmierć ubezpieczonych, współubezpieczonych / urodzenie martwego dziecka – 6 miesięcy;
- 3 Poważne zachorowanie – 3 miesiące,
- 4 Operacje chirurgiczne - 6 miesięcy,
- 5 Leczenie szpitalne – 30 dni.

Okresy karencji nie dotyczą zdarzeń powstałych wskutek nieszczęśliwego wypadku.

4. Składka i stawka:

ng

Należy podać wysokość miesięcznej składki – od jednego Ubezpieczonego dla każdego z zakresów. Składka potrącona w danym miesiącu z pensji wszystkich pracowników, którzy przystąpili do ubezpieczenia, w tym także wraz ze współmałżonkami i ich pełnoletnimi dziećmi, przekazywana jest przez Zamawiającego przelewem na konto Wykonawcy.

Termin przekazywania składek na konto Wykonawcy: – max do 25-go każdego miesiąca za miesiąc bieżący ochrony ubezpieczeniowej.

6. Pozostałe postanowienia umowne (obligatoryjne)

- 6.1. Wykonawca przyjmie do ubezpieczenia również pracowników przebywających na zwolnieniach lekarskich, urlopach macierzyńskich, urlopach bezpłatnych, o ile pracownicy ci byli ubezpieczeni w ramach dotychczas funkcjonującej umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
- 6.2. W ubezpieczeniu nie będzie miała zastosowania żadna forma underwritingu medycznego co oznacza, że Wykonawca nie ma prawa na etapie zgłaszania osoby do ubezpieczenia zadawać pytań odnośnie jej stanu zdrowia, a ochrona ubezpieczeniowa żadnej ze zgłoszonych do ubezpieczenia osób nie będzie zależeć od udzielenia lub podania informacji na temat stanu jej zdrowia - od pierwszego, drugiego i trzeciego miesiąca, w którym było możliwe zgłoszenie ubezpieczonego z uwagi na datę wprowadzenia ubezpieczenia lub datę nabycia praw; przedmiotowe obostrzenie nie dotyczy osób przystępujących po 3-ech miesiącach od daty nabycia uprawnień.
- 6.3. Wykonawca powinien zapewnić możliwość elektronicznego przekazywania danych związanych z przekazywaniem informacji o zmianach w grupie, osobach przystępujących do ubezpieczenia z bezwzględnym warunkiem przyjęcia do ubezpieczenia (o ile Wykonawca zrobił to terminowo), osobach występujących z grupy, itp. Zamawiający wymaga zagwarantowania obsługi ubezpieczenia drogą elektroniczną/internetową za pośrednictwem dostarczonego bezpłatnego narzędzia informatycznego. Wymagany zakres funkcji narzędzia informatycznego:
 - a) generowanie wniosku o wypłatę świadczeń umożliwiające jego późniejsze wydrukowanie,
 - b) generowanie wniosku o przejście na indywidualną kontynuację umożliwiające jego późniejsze wydrukowanie,
 - c) prowadzenie ewidencji osób objętych programem ubezpieczenia,
 - d) ewidencjonowanie osób przystępujących do programu ubezpieczenia
 - e) ewidencjonowanie osób występujących z programu ubezpieczenia
 - f) ewidencjonowanie zmian danych osobowych osób objętych programem ubezpieczenia
 - g) generowanie indywidualnych potwierdzeń uczestnictwa (deklaracji przystąpienia) w programie ubezpieczeniowym

- h) możliwość konsultacji telefonicznej z administratorem lub inną upoważnioną osobą
- i) możliwość zgłaszania świadczeń za pośrednictwem systemu.
- j) rozliczenie miesięcznych składek.

6.4. Deklaracje przystąpienia do ubezpieczenia nowych osób będą przekazywane przez Zamawiającego do Wykonawcy w max terminie do ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego ochronę ubezpieczeniową.

6.5. Jeżeli co najmniej 50% pracowników zdecyduje się na przystąpienie do ubezpieczenia w okresie pierwszych trzech miesięcy od daty wprowadzenia umowy (początku okresu ubezpieczenia) warunki określone w niniejszej SIWZ oraz złożona na ich podstawie oferta przez Wykonawcę będą obowiązujące. Umowa może zostać wypowiedziana przez Wykonawcę z zachowaniem 3 miesięcznego okresu wypowiedzenia, jeżeli nie zostanie osiągnięty minimalny poziom partycypacji w określonym przedziale czasowym.

6.6. Świadczenia szpitalne wypłacane będą za okres do 90 dni pobytu w szpitalu w roku ubezpieczeniowym (z uwzględnieniem całego okresu hospitalizacji). Niniejsze świadczenie wypłacane będzie w przypadku hospitalizacji trwającej nieprzerwanie dłużej niż 3 dni (1 dzień pobytu w szpitalu będzie liczony niezależnie od długości jego trwania i momentu przyjęcia ubezpieczonego do szpitala) – zarówno spowodowanej chorobą, jak i nieszczęśliwymi wypadkami.

6.7. Zamawiający wymaga, aby Wykonawca uznał swoją odpowiedzialność za skutki stanów chorobowych oraz wypadków, które zostały stwierdzone/zaszły przed początkiem odpowiedzialności Wykonawcy, a których skutki ujawniły się po rozpoczęciu odpowiedzialności pod warunkiem, że Pracownik lub członek rodziny był ubezpieczony w ramach ubezpieczenia grupowego w Regionalnym Ośrodku Doskonalenia Nauczycieli „WOM” w Częstochowie bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

6.8. Wykonawca zapewni możliwość dożywotniej kontynuacji ubezpieczenia osób objętych ubezpieczeniem po wyjściu z grupy na z góry określonych warunkach; warunki ubezpieczenia (suma ubezpieczenia i składka) powinny być zagwarantowane dożywotnio bez możliwości zmiany w trakcie trwania umowy indywidualnej kontynuacji w zależności od osiąganego przez ubezpieczonego wieku; nie dotyczy to sytuacji chęci zmiany sumy ubezpieczenia i składki na wniosek ubezpieczonego; minimalny okres pozostawania w grupie, dający prawo indywidualnej kontynuacji to 6 miesięcy, przy czym do tego okresu wlicza się także okres objęcia ochroną w ramach poprzedzającej umowy, pod warunkiem ciągłości w ubezpieczeniu (przerwa między jedną a drugą umową ubezpieczenia nie może być dłuższa niż 1 miesiąc kalendarzowy); Zamawiający wymaga dołączenia do oferty warunków indywidualnej kontynuacji ubezpieczonych po wyjściu z grupy. Minimalny zakres ubezpieczenia

indywidualnie kontynuowanego winien obejmować następujące ryzyka ubezpieczeniowe: śmierć ubezpieczonego, śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (liczony jako % trwałego uszczerbku na zdrowiu do % sumy ubezpieczenia), śmierć małżonka, śmierć rodziców ubezpieczonego lub teściów ubezpieczonego, urodzenie się dziecka ubezpieczonemu, pozostałe ryzyka zgodnie z ofertą Wykonawcy.

- 6.9. Do ubezpieczenia na warunkach niniejszej SIWZ przystąpić mogą współmałżonkowie pracowników oraz ich pełnoletnie dzieci bez wymogu minimalnego limitu osób przystępujących (przy jednoczesnym zachowaniu warunku min partycypacji całej grupy).
- 6.10. W przypadku rozbieżności pomiędzy zapisami zawartej na podstawie niniejszej SIWZ umowy ubezpieczenia, a Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia, wiążące są zapisy umowy.
- 6.11. Wykonawca uznaje, iż niniejsza SIWZ wraz z załącznikami spełnia wszystkie zadania i zawiera komplet informacji dla potrzeb oceny ryzyka i z tego względu nie będzie uzależniać zawarcia umowy ubezpieczenia od otrzymania jakichkolwiek innych, dodatkowych informacji. Wszelkie zapisy OWU regulujące tę kwestię nie mają zastosowania.
- 6.12. Do ubezpieczenia mogą zostać zgłoszeni pracownicy do max 70 (ukończonego) roku życia, którzy byli ubezpieczeni w ramach obecnie funkcjonującego programu ubezpieczeń na życie, w innym przypadku max wiek osoby przystępującej to 68 (ukończonych) lat; w przypadku współmałżonków limit wiekowy na przystąpienie do ubezpieczenia na warunkach grupy wynosi 68 (ukończonych) lat; Wiek osoby ubezpieczonej nie może być liczony jako ostatni dzień roku, na który przypada data urodzenia, a jedynie jako faktyczny wiek (ukończone lata) na dzień przystąpienia do ubezpieczenia w powiązaniu z datą urodzin.
- 6.13. Wykonawca winien zapewnić obsługę grupowego ubezpieczenia (badanie lekarskie/punkt likwidacji świadczeń/punkt obsługi klienta/punkt przyjmowania dokumentacji związanej z bieżącym funkcjonowaniem umowy ubezpieczenia/punkt przyjęcia druków) w mieście siedziby Zamawiającego. Warunek uważa się za spełniony w przypadku zapewnienia przez Wykonawcę kontaktu przedstawiciela w formie bezpośredniej i inne podobne formy, niewymagające ze strony ubezpieczonych (pracowników zamawiającego oraz współmałżonków, i dzieci, którzy przystąpią do ubezpieczenia) dodatkowych kosztów, nakładów czy wysiłków w celu uzyskania świadczenia, bez dodatkowej zwłoki.
- 6.14. Zamawiający wymaga, aby Wykonawca nie stosował dowolności w zakresie doręczania dokumentów, tj. zwykle listy wysyłane przez ubezpieczyciela na ostatni znany adres ubezpieczonego nie mogą rodzić skutków prawnych.

- 6.15. Zamawiający wymaga, aby Wykonawca dla celów rozpatrzenia roszczenia nie wymagał – pod rygorem wstrzymania lub też utraty praw do świadczenia - oryginałów dokumentacji od ubezpieczonych; dopuszczalne jest natomiast wymaganie poświadczonych za zgodność z oryginałem kopii dokumentów; poświadczenie za zgodność może zostać dokonane przez osobę uprawnioną do reprezentacji (składania oświadczeń woli) ze strony Zamawiającego lub też osoby przez niego uprawnionej (wskazanej) w tym celu.
- 6.16. Zamawiający dopuszcza możliwość realizacji świadczeń za pośrednictwem internetu, infolinii, a w przypadku realizacji świadczeń z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku możliwość zaocznej oceny zdarzenia pod warunkiem wyrażenia zgody przez ubezpieczonego.
- 6.17. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia nie mogą być rozstrzygane przez sąd właściwy ze względu na siedzibę Wykonawcy (Ubezpieczyciela), a sąd właściwy dla siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy albo sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej.