

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE PRACOWNIKÓW CENTRUM OBSŁUGI PRZEDSIĘBIORCY ORAZ CZŁONKÓW ICH RODZIN

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

Przedmiotem zamówienia jest grupowe ubezpieczenie na życie pracowników Zamawiającego oraz członków ich rodzin.

Opisany poniżej zakres ochrony i wymagania to warunki minimalne. Jeżeli w oferowanych ogólnych warunkach ubezpieczenia znajdują się zapisy korzystniejsze dla Zamawiającego lub Ubezpieczonych i nie zostanie wyraźnie zastrzeżone przez Wykonawcę, że nie będą one mieć zastosowania, to zostają automatycznie włączone do ubezpieczenia.

W kwestiach nieuregulowanych w zapytaniu ofertowym będą miały zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia Wykonawcy, złożona przez niego oferta oraz odpowiednie przepisy prawa.

Nie dopuszcza się wyłączenia ochrony ubezpieczeniowej ze względu na zachorowanie na COVID-19.

1. OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I OKRES UDZIELANEJ PRZEZ WYKONAWCĘ OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ (OKRES UBEZPIECZENIA)

1.1. Umowa grupowego ubezpieczenia na życie (zwana dalej Umową lub Umową grupowego ubezpieczenia na życie) zostanie zawarta na czas określony i będzie obowiązywała od dnia jej zawarcia **przez okres 12 miesięcy**, jeżeli zostanie spełniony warunek (zawieszający) określony w pkt. 4.1.

1.2. Z zastrzeżeniem pkt. 9.1., Wykonawca będzie udzielał ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy grupowego ubezpieczenia na życie w okresie ubezpieczenia wynoszącym **12 miesięcy** jednak nie wcześniej niż od dnia **28 lutego 2024 r.** jeżeli zostanie spełniony warunek (zawieszający) określony w pkt. 4.1.

2. OSOBY UPRAWNIONE DO PRZYSTĄPIENIA DO UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

2.1. Do Umowy grupowego ubezpieczenia na życie może przystąpić pracownik Zamawiającego, to jest osoba fizyczna zatrudniona przez Zamawiającego na podstawie:

- 2.1.1. umowy o pracę,
- 2.1.2. mianowania,
- 2.1.3. wyboru,
- 2.1.4. powołania,
- 2.1.5. umowy zlecenia

bez względu na czas, na jaki pracownik został zatrudniony przez Zamawiającego, w tym bez względu na to, czy został zatrudniony na czas określony, czy na czas nieokreślony lub bez względu na to, czy został zatrudniony na cały etat, część etatu, albo bez względu na sposób określenia godzin pracy pracownika, a ponadto bez względu na termin powstania stosunku prawnego pomiędzy pracownikiem, a Zamawiającym.

Lista pracowników zatrudnionych przez Zamawiającego na dzień 23 stycznia 2024 r. r. stanowi Załącznik nr 4 do zapytania ofertowego „Struktura Zatrudnienia” oraz zawiera informacje w zakresie płci, wieku oraz grupy zawodowej pracowników.

2.2. Do Umowy grupowego ubezpieczenia na życie może przystąpić także członek rodziny pracownika, to jest małżonek, partner życiowy/konkubent lub pełnoletnie dziecko pracownika, pod warunkiem, że do Umowy przystąpił również, wcześniej lub wraz z członkiem rodziny pracownika, pracownik Zamawiającego.

2.3. Małżonek ubezpieczonego – osoba pozostająca z ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu przepisów kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku, do którego nie została, na dzień zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową orzeczona separacja.

2.4. Partner życiowy - wskazana w deklaracji przystąpienia ubezpieczonego podstawowego, osoba niebędąca w formalnym związku małżeńskim, pozostająca z ubezpieczonym podstawowym - również nie będącym w formalnym związku małżeńskim - we wspólnym pożyciu; partner życiowy nie może być spokrewniony z ubezpieczonym podstawowym. Zmiana partnera życiowego w umowie ubezpieczenia możliwa 1 raz w roku polisowym.

2.5. Dziecko – dziecko własne, przysposobione, pasierb ubezpieczonego (jeżeli nie żyje ojciec lub matka), pod warunkiem że nie ukończyło 25 roku życia lub w przypadku osierocenia bez względu na wiek w razie jego całkowitej niezdolności do pracy

2.6. Pracownik, o którym mowa w pkt. 2.1 jest uprawniony do przystąpienia do Umowy grupowego ubezpieczenia na życie pod warunkiem, że w dniu doręczenia Zamawiającemu deklaracji przystąpienia, o której mowa w pkt. 3.3., **ukończył 18** (słownie: osiemnasty) rok życia i **nie ukończył 75** (słownie: siedemdziesiątego piątego) roku życia.

2.7. Członek rodziny pracownika, o którym mowa w pkt. 2.2. jest uprawniony do przystąpienia do Umowy grupowego ubezpieczenia na życie pod warunkiem, że w dniu doręczenia Zamawiającemu deklaracji przystąpienia, o której mowa w pkt. 3.3., ukończył 18 (słownie: osiemnasty) rok życia i nie ukończył 75 (słownie: siedemdziesiątego piątego) roku życia.

2.8. Pracownik lub członek rodziny pracownika, o którym mowa w pkt. 2.2, od dnia złożenia deklaracji przystąpienia, o której mowa w pkt. 3.3., zwany jest w niniejszym zapytaniu ofertowym również ubezpieczonym.

2.9. Członek rodziny pracownika, o którym mowa w pkt. 2.2., może dokonać wyboru wariantu podgrupy ubezpieczenia, nie wyższego od wyboru pracownika.

2.10. Wykonawca przyjmie do ubezpieczenia także pracowników przebywających na zwolnieniach lekarskich, urlopach macierzyńskich, urlopach wychowawczych, urlopach bezpłatnych, urlopach dla poratowania zdrowia i innych o ile pracownicy ci byli ubezpieczeni w dotychczas funkcjonującej umowie grupowego ubezpieczenia na życie.

3. PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

3.1. Ubezpieczenie jest dobrowolne. Osoby spełniające kryterium przynależności do grupy mogą w dowolnym momencie trwania umowy przystępować do ubezpieczenia lub rezygnować z ubezpieczenia.

3.2. Zamawiający nie może zagwarantować, że wszyscy pracownicy skorzystają z możliwości przystąpienia do ubezpieczenia. W obecnie funkcjonującym ubezpieczeniu grupowym na życie uczestniczy aktualnie 88 osób: 71 pracowników i 17 członków rodzin.

3.3. Przystąpienie do Umowy grupowego ubezpieczenia na życie następuje poprzez doręczenie Zamawiającemu wypełnionej i podpisanej deklaracji przystąpienia sporządzonej w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

3.4. Deklaracja przystąpienia, o której mowa w pkt. 3.3. powinna zawierać w szczególności imię (imiona) i nazwisko osoby przystępującej do Umowy, wskazanie podgrupy ubezpieczenia, do której przystępuje oraz jej własnoręczny podpis z zastrzeżeniem postanowień art. 78, 78¹ i 79 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. kodeks cywilny (tj. Dz. U. z 2023 r., poz. 1610 z późn. zm.).

3.5. Zamawiający dopuszcza przystępowanie do Umowy grupowego ubezpieczenia na życie za pośrednictwem systemu elektronicznego poprzez wypełnienie elektronicznego formularza deklaracji przystąpienia - o ile Wykonawca, dysponuje narzędziami online, umożliwiającymi takie przystępowanie do Umowy grupowego ubezpieczenia na życie. W przypadku wyboru przez osoby przystępującej do Umowy takiej formy przystąpienia, postanowień pkt. 3.3. odnośnie formy pisemnej nie stosuje się.

3.6. Wykonawca zobowiązuje się objąć ochroną ubezpieczeniową osoby, o których mowa w pkt 2.1. i 2.2. kontynuując ubezpieczenie, bez względu na stan zdrowia i obecność w pracy.

3.7. **Kontynuacja ubezpieczenia** – o kontynuacji ubezpieczenia mówimy wtedy, gdy Ubezpieczony przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty przez co najmniej 1 miesiąc ochroną ubezpieczeniową w ramach dotychczas funkcjonującej u Zamawiającego lub innej (np. w zakładzie pracy współmałżonka) umowy ubezpieczenia grupowego na życie.

4. POZIOM PARTYCYPACJI

4.1. umowa grupowego ubezpieczenia na życie zostaje zawarta pod warunkiem (zawieszającym) osiągnięcia w terminie do 2 dni przed okresem obowiązywania umowy poziomu partycypacji w wysokości **50%** (słownie: pięćdziesiąt procent) pracowników Zamawiającego uprawnionych do przystąpienia do Umowy, którzy złożyli Zamawiającemu deklarację przystąpienia, o której mowa w pkt. 3.3. W przypadku nieziszczenia się powyższego warunku, Umowę uznaje się za niezawartą i nie wywołuje ona żadnych skutków prawnych, a Stronom nie przysługują żadne roszczenia względem siebie wynikające z treści Umowy lub niniejszego zapytania ofertowego. Z zastrzeżeniem sytuacji, w której obie Strony Umowy wyrażą zgodę do zawarcia umowy grupowego ubezpieczenia na życie mimo nieosiągnięcia ww. poziomu partycypacji.

4.2. Zmniejszenie się poziomu partycypacji poniżej **40%** (słownie: czterdziestu procent) pracowników Zamawiającego uprawnionych do przystąpienia do Umowy grupowego ubezpieczenia na życie, po spełnieniu się warunku, o którym mowa w pkt. 4.1., nie będzie miało wpływu na obowiązywanie, skuteczność, treść oraz wykonywanie Umowy grupowego ubezpieczenia na życie. Okoliczność, o której mowa w zdaniu poprzednim, nie może również stanowić podstawy lub przyczyny wypowiedzenia Umowy grupowego ubezpieczenia na życie przez Wykonawcę.

4.3. Wykonawca nie będzie uzależniał możliwości przystąpienia do Umowy grupowego ubezpieczenia na życie przez członka rodziny pracownika, o którym mowa w pkt. 2.2., od przekroczenia dodatkowego poziomu partycypacji określonego dla małżonków, partnerów życiowych/konkubentów lub pełnoletnich dzieci pracowników.

4.4. Zamawiający nie gwarantuje, ani nie zobowiązuje się do doprowadzenia do spełnienia warunku osiągnięcia poziomu partycypacji określonego w pkt. 4.1., ani do utrzymywania takiego poziomu partycypacji po zawarciu Umowy.

5. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ ORAZ DODATKOWYCH CZYNNOŚCI ZAMAWIAJĄCEGO

5.1. Ileć w zapytaniu ofertowym będzie mowa o:

5.1.1. **składce ubezpieczeniowej** – należy przez to rozumieć świadczenie Zamawiającego należne Wykonawcy za cały okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej (okres ubezpieczenia) za wszystkich ubezpieczonych pracowników i współubezpieczonych członków rodziny pracowników, o których mowa w pkt. 2.2., którzy byli w okresie ubezpieczenia objęci ochroną ubezpieczeniową;

5.1.2. **racie składki ubezpieczeniowej** – należy przez to rozumieć świadczenie Zamawiającego należne Wykonawcy za jeden miesiąc udzielanej ochrony ubezpieczeniowej za wszystkich ubezpieczonych pracowników i współubezpieczonych członków rodziny pracownika, o których mowa w pkt. 2.2., którzy byli w tym miesiącu objęci ochroną ubezpieczeniową;

5.1.3. **miesięcznej składce ubezpieczeniowej za jednego ubezpieczonego** – należy przez to rozumieć świadczenie Zamawiającego należne Wykonawcy za jeden miesiąc udzielanej ochrony ubezpieczeniowej za jednego ubezpieczonego pracownika, albo współubezpieczonego członka rodziny pracownika, o którym mowa w pkt. 2.2. Maksymalna miesięczna składka za jednego Ubezpieczonego nie może być wyższa niż: podgrupa I – 65,00 zł, podgrupa II – 52,00 zł.

5.2. Zamawiający, jako Ubezpieczający, przed przystąpieniem do Umowy grupowego ubezpieczenia na życie, będzie zobowiązany przekazać osobie zainteresowanej przystąpieniem do takiej Umowy o:

5.2.1. informacje o firmie zakładu ubezpieczeń oraz adresie jego siedziby, charakterze wynagrodzenia, w rozumieniu ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (tj.: Dz. U. z 2023 r., poz. 1111 z późn. zm.),

otrzymywanego w związku z proponowanym przystąpieniem do Umowy grupowego ubezpieczenia na życie, możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów;

5.2.2. informacje dotyczące warunków Umowy, Ogólnych lub Szczególnych Warunków Ubezpieczenia, w tym również skróconą informację o elementach Ogólnych lub Szczególnych Warunków Ubezpieczenia zgodnie z art. 17 ust. 1 i ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (tj.: Dz. U. z 2023 r., poz. 656 z późn. zm.) przekazanych na piśmie lub na innym trwałym nośniku jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę;

5.2.3. sporządzaniu oraz niezwłocznym, nie późniejszym niż pierwszego dnia udzielania ochrony ubezpieczeniowej dla danego ubezpieczonego, przekazywaniu Wykonawcy imiennego wykazu osób uprawnionych przystępujących do Umowy grupowego ubezpieczenia na życie;

5.2.4. sporządzaniu oraz niezwłocznym przekazywaniu Wykonawcy imiennego wykazu osób, za które Zamawiający zaprzestaje opłacania miesięcznej składki ubezpieczeniowej za jednego ubezpieczonego;

5.3. Wykonawca będzie zobowiązany w terminie 3 dni (słownie: trzech) od zawarcia Umowy grupowego ubezpieczenia, w celu wykonania przez Zamawiającego czynności, o których mowa w pkt 5.2.1. i pkt 5.2.2. dostarczyć do siedziby Zamawiającego Warunki Umowy, Ogólne lub Szczególne Warunki Ubezpieczenia, w tym skróconą informację o elementach Ogólnych lub Szczególnych Warunków Ubezpieczenia w rozumieniu art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (tj.: Dz. U. z 2023 r., poz. 656 z późn. zm.). Zamawiający dopuszcza aby informacje, o których mowa w zdaniu 1 zostały przesłane pocztą elektroniczną (na adres pracownika Zamawiającego odpowiedzialnego za realizację umowy) lub zostały utrwalone na trwałych nośnikach danych w odpowiedniej ilości (na przykład płyta CD/DVD/pamięć przenośna USB typu Pendrive lub równoważny) lub sporządzone w formie pisemnej w odpowiedniej ilości. Ponadto na każdorazowy wniosek Zamawiającego, Wykonawca w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania, będzie zobowiązany dostarczyć wskazaną liczbę Warunków Umowy, Ogólnych lub Szczególnych Warunków Ubezpieczenia, w tym skróconej informacji, w formach o których mowa powyżej.

5.4. Zamawiający jako Ubezpieczający, będzie zobowiązany do przekazywania Wykonawcy składki ubezpieczeniowej płatnej w 12 (słownie: dwunastu) miesięcznych ratach składki ubezpieczeniowej na wskazane przez Wykonawcę konto bankowe, w dniu wypłaty wynagrodzeń pracowników jednak nie później niż do ostatniego dnia miesiąca poprzedzający miesiąc ochrony ubezpieczeniowej. Wysokość jednej raty składki ubezpieczeniowej będzie stanowiła iloczyn ilości osób ubezpieczonych w danym miesiącu kalendarzowym i wysokości miesięcznej składki ubezpieczeniowej za jednego ubezpieczonego. W przypadku, gdy osoby ubezpieczone będą należeć do różnych podgrup ubezpieczenia, o których mowa w pkt. 6, wysokość jednej raty składki ubezpieczeniowej będzie stanowiła sumę iloczynów ilości osób ubezpieczonych w danym miesiącu kalendarzowym i wysokości miesięcznej składki ubezpieczeniowej za jednego ubezpieczonego wedle jego osobistego zaszeregowania do danej podgrupy ubezpieczenia.

5.5. Zamawiający będzie pomniejszał wypłacane ubezpieczonemu pracownikowi wynagrodzenie o kwotę stanowiącą równowartość miesięcznych składek ubezpieczeniowych z tytułu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez Wykonawcę pracownikowi lub współubezpieczonemu członkowi rodziny tego pracownika, o którym mowa w pkt. 2.2., na podstawie odrębnego porozumienia zawartego z tym pracownikiem lub oświadczenia tego pracownika, sporządzonych w formie pisemnej pod rygorem nieważności. Ubezpieczony będzie zobowiązany wobec Ubezpieczającego do finansowania kosztu miesięcznej składki ubezpieczeniowej za jednego ubezpieczonego (w tym za wszystkich współubezpieczonych).

5.6. Jeżeli ubezpieczonemu pracownikowi nie przysługuje od Zamawiającego wynagrodzenie lub ubezpieczonemu pracownikowi przysługuje od Zamawiającego wynagrodzenie w kwocie niższej, niż równowartość należnej od niego miesięcznej składki ubezpieczeniowej z tytułu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez Wykonawcę pracownikowi lub współubezpieczonej osobie, o której mowa w pkt. 2.2. (np. w trakcie urlopu wychowawczego, bezpłatnego lub naukowego), ubezpieczony pracownik zobowiązany będzie ustalić z Zamawiającym zasady oraz sposób i terminy zapłaty Zamawiającemu przez pracownika kwot stanowiących równowartość miesięcznych składek ubezpieczeniowych z tytułu ubezpieczenia tego pracownika lub współubezpieczonych członków rodziny pracownika, o których mowa w pkt. 2.2., w terminie najpóźniej do 20 (słownie: dwudziestego) dnia danego miesiąca ochrony

ubezpieczeniowej, za który nie jest możliwe pomniejszenie wynagrodzenia zgodnie z pkt. 5.5. Ustalenia, o których mowa w zdaniu poprzednim powinny zostać dokonane w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

5.7. W przypadku braku lub wygaśnięcia porozumienia lub oświadczenia, o których mowa w pkt. 5.5., braku bądź nienależytego wykonywania, albo niewykonywania ustaleń, o których mowa w pkt. 5.6. (np. brak zapłaty Zamawiającemu miesięcznej składki), Zamawiający jest uprawniony zaprzestać opłacania miesięcznej składki ubezpieczeniowej za jednego ubezpieczonego (pracownika lub współubezpieczonego członka rodziny pracownika, o którym mowa w pkt. 2.2), a ochrona ubezpieczeniowa w ramach Umowy grupowego ubezpieczenia na życie wygasa z upływem ostatniego dnia okresu, za który została zapłacona za tego ubezpieczonego miesięczna składka ubezpieczeniowa za jednego ubezpieczonego i wyłącznie w zakresie dotyczącym osoby, za którą Zamawiający nie zapłacił należnej miesięcznej składki ubezpieczeniowej za jednego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem, że wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy w zakresie dotyczącym pracownika, skutkuje również wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dotyczącym współubezpieczonego członka rodziny tego pracownika, o którym mowa w pkt. 2.2. O skorzystaniu z uprawnienia, o którym mowa w zdaniu poprzednim, Zamawiający informuje Wykonawcę poprzez niezwłoczne doręczenie zestawienia osób, za które Zamawiający zaprzestaje opłacania miesięcznej składki ubezpieczeniowej za jednego ubezpieczonego. Jeżeli Zamawiający skorzysta z uprawnienia, o którym mowa w niniejszym ustępie, Wykonawcy nie przysługuje roszczenie przeciwko Zamawiającemu o zapłatę miesięcznej składki ubezpieczeniowej za jednego ubezpieczonego, za okres po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy w zakresie dotyczącym osoby wymienionej w zestawieniu, o którym mowa w zdaniu poprzednim.

5.8. Za datę płatności składki uważa się datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.

5.9. Zamawiający zobowiązuje się do obsługi grupowego ubezpieczenia poprzez wskazanie osoby, która będzie prowadzić powyższą obsługę, a do obowiązków będzie należało:

- informowanie pracowników Zamawiającego o możliwości przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie
 - sporządzanie comiesięcznych imiennego wykazu osób ubezpieczonych, a w przypadku gdy Wykonawca dysponuje systemem elektronicznym obsługującym usługę prowadzenie imiennego wykazu w tym systemie lub zgłaszanie przystąpienia/wystąpienia z ubezpieczenia.
 - naliczanie comiesięcznych składek
 - przekazywanie dokumentacji i wszelkiej korespondencji związanej z ubezpieczeniem grupowym,
 - udostępnianie pracownikom Ogólnych Warunków Ubezpieczenia i zakresu ubezpieczenia grupowego
- pomoc w wypełnianiu zgłoszeń pracowników objętych ubezpieczeniem w przypadku, gdy Wykonawca nie dysponuje systemem elektronicznym obsługującym usługę.

5.10 Jeżeli Wykonawca oferuje elektroniczny system obsługi polis, to w terminie 1 miesiąca od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, zobowiązany jest do nieodpłatnego udostępnienia Zamawiającemu tego systemu. System ten, poprzez łącza internetowe, usprawniać musi obsługę polis, umożliwiając dokonywanie w drodze elektronicznej, co najmniej następujących czynności:

- generowanie poświadczenia odejścia z ubezpieczenia umożliwiające jego późniejsze wydrukowanie,
- prowadzenie ewidencji osób objętych programem ubezpieczenia,
- ewidencjonowanie osób przystępujących do programu ubezpieczenia,
- ewidencjonowanie osób występujących z programu ubezpieczenia,
- ewidencjonowanie zmian danych osobowych osób objętych programem ubezpieczenia,
- generowanie indywidualnych potwierdzeń uczestnictwa w programie ubezpieczeniowym,
- możliwość konsultacji telefonicznej z konsultantem INFOLINII,
- ewidencjonowanie danych i możliwość zmiany danych ubezpieczającego,
- rozliczenie składek miesięcznych.

6. PODGRUPY UBEZPIECZENIA

6.1. Umowa grupowego ubezpieczenia na życie będzie przewidywała **2 podgrupy** ubezpieczenia. Osobie uprawnionej do przystąpienia do Umowy grupowego ubezpieczenia na życie będzie przysługiwało prawo wyboru wariantu podgrupy ubezpieczenia (I lub II), do której przystępuje oraz nieograniczone w czasie obowiązywania

Umowy, prawo zmiany wybranej podgrupy, z zastosowaniem okresów karencji określonych w Tabeli nr 1. Ubezpieczony zostanie zaszeregowany do wybranej podgrupy ubezpieczenia i będą mieć w stosunku do niego zastosowanie postanowienia dotyczące miesięcznej składki ubezpieczeniowej za jednego ubezpieczonego, rodzaju, zakresu oraz wysokości świadczeń w I lub II podgrupie ubezpieczenia.

6.2. Członek rodziny pracownika, o którym mowa w pkt. 2.2., może dokonać wyboru wariantu podgrupy ubezpieczenia, nie wyższego od wyboru pracownika..

7. REZYGNACJA Z OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ PRZEZ UBEZPIECZONEGO

7.1. Ubezpieczony może zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej udzielanej mu w ramach Umowy grupowego ubezpieczenia na życie, składając Zamawiającemu oświadczenie w tym zakresie sporządzone w formie pisemnej zastrzeżonej pod rygorem nieważności.

7.2. Oświadczenie, o którym mowa w pkt. 7.1., powinno zawierać w szczególności datę jego złożenia, imię (imiona) i nazwisko ubezpieczonego rezygnującego z ochrony ubezpieczeniowej oraz zostać przez niego własnoręcznie podpisane, z zastrzeżeniem postanowień art. 78, 78¹ i 79 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. kodeks cywilny (t.j.: Dz. U. z 2023 r., poz. 1610 z późn. zm.).

7.3. Z zastrzeżeniem postanowień zdania następnego, oświadczenie, o którym mowa w pkt. 7.1. wywołuje skutek w zakresie ustania ochrony ubezpieczeniowej wobec ubezpieczonego, który je złożył, z upływem ostatniego dnia miesiąca, w którym pisemne oświadczenie ubezpieczonego zostało doręczone Zamawiającemu. Oświadczenie, o którym mowa w pkt. 7.1. złożone przez ubezpieczonego pracownika wywołuje również skutek w zakresie ustania ochrony ubezpieczeniowej wobec współubezpieczonego członka rodziny tego pracownika, o którym mowa w pkt. 2.2.

8. WYPOWIEDZENIE UMOWY PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO

8.1. Z zastrzeżeniem pkt. 8.2., Zamawiający może wypowiedzieć Umowę grupowego ubezpieczenia na życie w każdym czasie bez podania przyczyny, z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia.

8.2. Umowę grupowego ubezpieczenia na życie uznaje się za rozwiązaną przez Ubezpieczającego, z upływem 1 miesiąca, licząc od końca okresu, za który została przekazana ostatnia miesięczna składka ubezpieczeniowa za jednego Ubezpieczonego lub rata składki ubezpieczeniowej. W przypadku zaległości w przekazaniu Miesięcznej Składki ubezpieczeniowej za jednego Ubezpieczonego lub Raty Składki ubezpieczeniowej Wykonawca wzywa ubezpieczającego do uzupełnienia zaległości, wskazując w wezwaniu, co najmniej 14-dniowy dodatkowy termin do zapłaty, informując o skutku nieprzekazania składki(nie dotyczy pierwszej składki). W przypadku nie uregulowania zaległości w dodatkowym wyznaczonym terminie umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem 3 miesiąca zaległości.

8.3. Umowa rozwiązuje się w ostatnim dniu miesiąca, w którym upłynął termin wypowiedzenia, o którym mowa w pkt. 8.1. lub wraz z upływem dodatkowego terminu, o którym mowa w pkt. 8.2.

8.4. Ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana ubezpieczonemu do dnia rozwiązania umowy, o którym mowa w pkt. 8.3.

9. POCZĄTEK ODPOWIEDZIALNOŚCI

9.1. Ochrona ubezpieczeniowa, o której mowa w pkt. 3.1, rozpoczyna się 28.02.2024 r. a w przypadku osób przystępujących w późniejszym terminie w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się pierwszego dnia następnego miesiąca kalendarzowego, po miesiącu, w którym ubezpieczony doręczył Zamawiającemu należycie wypełnioną i podpisaną deklarację przystąpienia lub wypełnił zgłoszenie za pośrednictwem systemu elektronicznego (jeżeli Wykonawca dysponuje takim systemem) pod warunkiem (zawieszającym) zapłacenia przez Zamawiającego, w terminie określonym w pkt. 5.4., miesięcznej składki ubezpieczeniowej za jednego ubezpieczonego w pełnej wysokości, należnej Wykonawcy z tytułu ochrony udzielanej temu ubezpieczonemu.

W przypadku wyboru innego Ubezpieczyciela niż obecny, z którym Zamawiający ma podpisaną umowę, Zamawiający dopuszcza możliwość rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w pkt. 1.1. z dniem

01.03.2024 r., z zastrzeżeniem, że nie będzie to traktowane jak przerwanie ciągłości ubezpieczenia w przypadku jego kontynuacji (ciągłość kontynuacji ubezpieczenia zostaje zachowana).

9.2. W przypadku zdarzeń ubezpieczeniowych objętych odpowiedzialnością Wykonawcy Wykonawca przyjmie odpowiedzialność za skutki chorób i wypadków, które zostały stwierdzone lub zaszły lub ich przyczyna została stwierdzona przed początkiem odpowiedzialności Wykonawcy, o ile Ubezpieczony był wcześniej objęty co najmniej przez 1 miesiąc ubezpieczeniem w ramach dotychczas funkcjonującej u Zamawiającego lub innej (np. w zakładzie pracy współmałżonka) umowy grupowego ubezpieczenia na życie i zachowana jest ciągłość ubezpieczenia.

II. SZCZEGÓŁOWE REGULACJE RYZYK UJĘTYCH W UMOWIE UBEZPIECZENIA

10. KARENCJE

10.1. Karencja nie będzie miała zastosowania, jeżeli spełniony zostanie przynajmniej jeden z poniższych warunków:

10.1.1. pracownik pozostawał w stosunku prawnym z Zamawiającym w dniu zawarcia Umowy grupowego ubezpieczenia na życie, a deklarację przystąpienia, o której mowa w pkt. 3.3., doręczył Zamawiającemu w ciągu 3 (słownie: trzech) pierwszych możliwych terminów od tej daty;

10.1.2. stosunek prawny łączący pracownika z Zamawiającym powstał po dniu zawarcia Umowy grupowego ubezpieczenia na życie, a pracownik doręczył Zamawiającemu deklarację przystąpienia, o której mowa w pkt. 3.3. w ciągu 3 (słownie: trzech) pierwszych możliwych terminów od dnia powstania tego stosunku prawnego;

10.1.3. ubezpieczony pracownik i jego małżonek zawarli związek małżeński po dniu zawarcia Umowy grupowego ubezpieczenia na życie, a małżonek doręczył Zamawiającemu deklarację przystąpienia, o której mowa w pkt. 3.3. w ciągu 3 (słownie: trzech) pierwszych możliwych terminów od dnia zawarcia związku małżeńskiego,

10.1.4. pełnoletnie dziecko pracownika ukończyło 18 (słownie: osiemnasty) rok życia po dniu zawarcia Umowy grupowego ubezpieczenia na życie, a swoją deklarację przystąpienia doręczyło Zamawiającemu w ciągu 3 (słownie: trzech) pierwszych możliwych terminów od dnia ukończenia 18 (słownie: osiemnastego) roku życia.

10.2. Karencja nie ma zastosowania w stosunku do członków rodziny pracownika, o których mowa w pkt. 2.2, którzy kontynuują ubezpieczenie (pkt 3.7.).

10.3. Karencja nie ma zastosowania do skutków nieszczęśliwych wypadków.

10.4. Okresy karencji w poszczególnych ryzykach zostały określone w Tabeli nr 1 poniżej. Kolumna A określona w Tabeli nr 1 dotyczy całkowitego braku karencji pod warunkiem spełnienia warunków określonych w pkt 10.1÷10.3. Kolumna B określona w Tabeli nr 1 dotyczy karencji we wszystkich pozostałych przypadkach niewymienionych w pkt 10.1÷10.3.

Tabela nr 1.

Lp.	Świadczenie	Kolumna A	Kolumna B
1.	Zgon Ubezpieczonego	Brak	6 miesięcy
2.	Zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	Brak	Brak
3.	Zgon Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu	Brak	6 miesięcy
4.	Zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego	Brak	Brak
5.	Zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy	Brak	Brak
6.	Zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy	Brak	Brak
7.	Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku NW- za 1%	Brak	Brak
8.	Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku NW wskutek wypadku komunikacyjnego - za 1%	Brak	Brak
9.	Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku zawału lub udaru mózgu- za 1%	Brak	Brak
10.	Wystąpienie poważnego (ciężkiego) zachorowania ubezpieczonego	Brak	6 miesięcy

11.	Wystąpienie poważnego (ciężkiego) zachorowania małżonka, partnera lub dziecka ubezpieczonego	Brak	6 miesięcy
12.	Leczenie szpitalne Ubezpieczonego	Brak	6 miesięcy
14.	Noworodek martwo urodzony	Brak	6 miesięcy
15.	Zgon dziecka	Brak	6 miesięcy
16.	Zgon dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku	Brak	6 miesięcy
17.	Zgon rodziców/ teściów	Brak	6 miesięcy
18.	Urodzenie dziecka	Brak	9 miesięcy
19.	Zgon współmałżonka / partnera	Brak	6 miesięcy
20.	Zgon współmałżonka / partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku	Brak	Brak
21.	Osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego	Brak	6 miesięcy
22.	Operacje chirurgiczne (najniższa możliwa pojedyncza wypłata)	Brak	6 miesięcy
23.	Leczenie Specjalistyczne	Brak	6 miesięcy
24.	Trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w następstwie choroby lub wypadku	Brak	6 miesięcy
25.	Rekonwalescencja Ubezpieczonego	Brak	6 miesięcy
26.	Ryczał na leki	Brak	6 miesięcy

11. PRE EXISTING

Jeżeli przed przystąpieniem do Umowy grupowego ubezpieczenia na życie, ubezpieczony był objęty co najmniej 1 miesiąc ochroną ubezpieczeniową na podstawie innej umowy ubezpieczenia i bez przerwania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej pomiędzy obiema umowami, Wykonawca będzie odpowiadał za skutki stanów chorobowych lub wypadków, powstałych lub stwierdzonych przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej wobec danego ubezpieczonego, jeżeli mogłyby one powodować nabycie przez ubezpieczonego prawa do świadczenia z Umowy grupowego ubezpieczenia na życie w okresie odpowiedzialności Wykonawcy, gdyby powstały lub zostały stwierdzone po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do tego ubezpieczonego.

12. ZBIEG ROSZCZEŃ

12.1. Jeżeli określone zdarzenie powoduje odpowiedzialność Wykonawcy w stosunku do ubezpieczonego na podstawie więcej niż jednego ubezpieczonego ryzyka w ramach Umowy grupowego ubezpieczenia na życie, wypłata świadczeń nastąpi z każdego ubezpieczonego ryzyka w pełnej wysokości, bez zastosowania jakichkolwiek potrąceń lub innego obniżenia świadczenia przewidzianego Ogólnymi (Szczególnymi) Warunkami Ubezpieczenia – nie dotyczy dziennego świadczenia za pobyt w szpitalu.

12.2. Świadczenia, które były należne Ubezpieczonemu, który zmarł przed ich pobraniem, przechodzą na spadkobierców.

13. WYBRANE POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE RYZYK OBJĘTYCH UMOWĄ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

Definicje:

13.1. Zamawiający dopuszcza inne brzmienie definicji niż wskazane poniżej, zaproponowane przez Wykonawcę, z zastrzeżeniem, że nie pogorszy to oczekiwanego zakresu ochrony.

13.2. Leczenie szpitalne – Leczenie szpitalne obejmuje spowodowane chorobą, nieszczęśliwym wypadkiem, wypadkiem komunikacyjnym, wypadkiem przy pracy, wypadkiem komunikacyjnym przy pracy, zawałem serca lub udarem mózgu pobyt ubezpieczonego w szpitalu w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. **Pobyt w szpitalu** – codzienne świadczenie wypłacane za każdorazowy całonocny pobyt w szpitalu bez ograniczeń terytorialnych w celu

leczenia. Świadczenie wypłacane za pobyt w szpitalu trwający co najmniej 2 dni jeżeli są spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem i od 1 dnia pobytu w szpitalu spowodowanym chorobą; świadczenie należne za każdy dzień pobytu w szpitalu począwszy od pierwszego dnia pobytu; świadczenie wypłacane za max. 90 dni w roku polisowym. Wykonawca nie może wprowadzać ograniczenia liczby pobytów w szpitalu i ograniczenia ze względu na rodzaj oddziału na którym przebywał Ubezpieczony. Świadczenie jest wypłacane niezależnie od tego w jakim czasie od nieszczęśliwego wypadku miał miejsce pobyt w szpitalu i w jakim czasie zostało zdiagnozowane schorzenie będące przyczyną pobytu, jeżeli pobyt w szpitalu miał miejsce w okresie ubezpieczenia. Świadczenie wypłacane jest także za pobyt w szpitalu rozpoczęty przed odpowiedzialnością Wykonawcy, jeżeli Ubezpieczony był wcześniej ubezpieczony i zachował ciągłość ubezpieczenia, a łączny pobyt trwał wymaganą minimalną liczbę dni. Świadczenie wypłacane jest za te dni pobytu w szpitalu, które miały miejsce w okresie odpowiedzialności Wykonawcy, jeżeli łączny pobyt trwał wymaganą minimalną liczbę dni. Odpowiedzialność Wykonawcy dotyczy wyłącznie pierwszego pobytu na oddziale rehabilitacyjnym, który byłby związany z rehabilitacją konieczną do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, pod warunkiem, że pobyt ten rozpoczął się nie później niż 6 miesięcy po zakończeniu objętego odpowiedzialnością Wykonawcy pobytu ubezpieczonego w szpitalu, związanego – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą Szpital – zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego.

Świadczenie wypłacane od 15 dnia nie może być niższe niż świadczenie podstawowe wypłacane za pobyt w szpitalu.

13.3. Małżonek ubezpieczonego – osoba pozostająca z ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu przepisów kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku, do którego nie została, na dzień zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową orzeczona separacja.

13.4. Partner życiowy - wskazana w deklaracji przystąpienia ubezpieczonego podstawowego, osoba niebędąca w formalnym związku małżeńskim, pozostająca z ubezpieczonym podstawowym - również niebędącym w formalnym związku małżeńskim - we wspólnym pożyciu, bez względu na wiek i płeć; partner życiowy nie może być spokrewniony z ubezpieczonym podstawowym. Zmiana partnera życiowego w umowie ubezpieczenia możliwa 1 raz w roku polisowym.

13.5. Nieszczęśliwy wypadek (NW) – nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną niezależne od woli osoby, której życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia

13.6. OIOM (OIT) – Oddział Intensywnej Opieki Medycznej (Oddział Intensywnej Terapii) – specjalistyczny oddział szpitalny przeznaczony dla chorych wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru wyposażony w sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych oraz podjęcie czynności zastępczych w przypadku niewydolności narządów lub układów ustroju.

13.7. Operacje chirurgiczne - wykonawca ponosi odpowiedzialność za operacje chirurgiczne wykonywane metodą endoskopową, zamkniętą oraz otwartą wymienione w katalogu operacji chirurgicznych (katalog operacji chirurgicznych należy dostarczyć na etapie podpisywania umowy), wykonane w placówce medycznej bez ograniczeń terytorialnych, przez lekarza o specjalności zabiegowej, w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, niezbędnym z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu, w czasie trwania odpowiedzialności w stosunku do danego ubezpieczonego. Liczba kategorii/klas, według których operacje zostaną podzielone i w zależności od których Ubezpieczyciel będzie wypłacał świadczenie nie może być mniejsza niż leczenie (najcięższe, pośrednie, najłżejsze) gdzie za operacje najcięższe (najbardziej skomplikowane pod względem medycznym) wypłata świadczenia będzie najwyższa i wynosi 100% sumy ubezpieczenia. Za operacje najłżejsze (najmniej skomplikowane pod względem medycznym) wypłata świadczenia będzie wynosić nie mniej niż 10% sumy ubezpieczenia. Za operacje pośrednie wypłata świadczenia nie może być mniejsza niż 30 % sumy ubezpieczenia. Dopuszcza się podział na większą liczbę kategorii/klas o ile podział ten jest korzystniejszy niż zapisy w zapytaniu ofertowym. Wykaz operacji powinien zawierać minimum 500 operacji (dopuszcza się zastosowanie w ubezpieczeniu na wypadek operacji chirurgicznych zastosowanie otwartego katalogu operacji zgodnego z Międzynarodową Klasyfikacją Procedur Medycznych ICD9).

Dopuszcza się ograniczenie odpowiedzialności Wykonawcy w stosunku do danego Ubezpieczonego w ciągu roku polisowego, do wypłaty świadczenia w wysokości 200% świadczenia za operacje. Jeśli suma poszczególnych świadczeń z tytułu poddania się Operacji chirurgicznej przez danego Ubezpieczonego miałyby przekroczyć 200%

świadczenia za kolejną operację, ostatnie świadczenie zostanie pomniejszone w taki sposób, aby suma świadczeń w danym roku polisowym nie przekroczyła tego limitu.

W przypadku przeprowadzenia ponownie tej samej operacji lub przeprowadzenia kolejnej operacji z tytułu tego samego zdarzenia (reoperacja) w okresie max 60 dni od pierwszej operacji, Wykonawca wypłaci świadczenie za tę operację, która ujęta będzie w katalogu operacji jako cięższa. W przypadku, gdy druga lub kolejna operacja będzie bardziej skomplikowana, Wykonawca dopłaci różnicę świadczeń pomiędzy: świadczeniem za poddanie się operacji bardziej skomplikowanej i świadczeniem za pierwszą mniej skomplikowaną operację. Wykonawca nie może stosować powyższego ograniczenia odpowiedzialności, do jednej operacji przeprowadzonej w okresie max 60 dni lub innym, jeżeli druga operacja nie była spowodowana tym samym zdarzeniem (chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem). Zamawiający w zamian za powyższe dopuszcza brak wypłaty za przeprowadzenie identycznej procedury wskazanej w OWU w tej samej chorobie lub wypadku w okresie do max 30 dni od przeprowadzenia pierwszej procedury. Wówczas Wykonawca nie może stosować powyższego ograniczenia odpowiedzialności, do jednej procedury przeprowadzonej w okresie max 30 dni lub innym, jeżeli druga procedura nie była spowodowana tym samym zdarzeniem (chorobą lub wypadkiem).

13.8. Osierocenie dziecka – zgon Ubezpieczonego, który nastąpił przed dniem ukończenia przez dziecko 25 roku życia lub bez względu na wiek w razie jego całkowitej niezdolności do pracy. Rozumiane jako jednorazowe świadczenie dla każdego dziecka Ubezpieczonego w pełnej wysokości określonej w umowie.

13.9. Poważne (ciężkie) zachorowanie ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego – to stan chorobowy objęty odpowiedzialnością Wykonawcy, za które Wykonawca wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w tabeli świadczeń. Minimalny zakres chorób objętych ochroną ubezpieczeniową winien obejmować następujące zachorowania:

1. ciężkie oparzenia,
2. łagodny nowotwór mózgu,
3. nowotwór złośliwy,
4. niewydolność nerek,
5. przeszczep narządu,
6. schyłkowa niewydolność wątroby,
7. śpiączka,
8. zakażenie wirusem HIV/AIDS,
9. zawał serca,
10. operacja pomostowania naczyń wieńcowych bypass,
11. operacja zastawek serca,
12. udar mózgu,
13. choroba Creutzfeldta Jakoba,
14. sepsa,
15. stwardnienie rozsiane,
16. choroba Parkinsona,
17. operacja aorty,
18. utrata wzroku,
19. utrata mowy,
20. utrata słuchu,

13.10. Poważne (ciężkie) zachorowanie dziecka ubezpieczonego – to stan chorobowy objęty odpowiedzialnością Wykonawcy, za które Wykonawca wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w tabeli świadczeń. Minimalny zakres chorób objętych ochroną ubezpieczeniową winien obejmować zachorowania:

- nowotwór złośliwy,
- łagodny nowotwór mózgu,
- astma o ciężkim przebiegu,
- niewydolność nerek,
- przeszczep narządu,
- sepsa,
- cukrzyca wymagająca leczenia insuliną,

- inwazyjna choroba pneumokokowa,
- zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
- zapalenie mózgu o ciężkim przebiegu,

13.11. Śmierć rodziców i teściów Ubezpieczonego – Ubezpieczenie obejmuje śmierć:

- a) każdego z rodziców Ubezpieczonego albo ojczyma lub macochy (jeśli nie żyje matka lub ojciec)
- b) każdego z rodziców małżonka/partnera Ubezpieczonego albo ojczyma lub macochy (jeśli nie żyje matka lub ojciec małżonka/partnera Ubezpieczonego) w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.

13.12. Śmierć Ubezpieczonego – świadczenie należne uposażonemu z tytułu śmierci Ubezpieczonego nie jest pomniejszane o kwoty wcześniej wypłaconych Ubezpieczonemu innych świadczeń.

Świadczenie z tytułu śmierci może nie zostać wypłacone jeśli wcześniej nieubezpieczona osoba popełni samobójstwo w czasie pierwszych 6 miesięcy od daty objęcia jej ochroną ubezpieczeniową.

Jeżeli śmierć nastąpiła w wyniku samobójstwa, a osoba była wcześniej ubezpieczona, to Wykonawca zaliczy do okresu wyłączenia odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku samobójstwa staż Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy grupowego ubezpieczenia na życie którą Ubezpieczony był objęty, z zastrzeżeniem konieczności zachowania ciągłości ochrony i możliwością ograniczenia wysokości świadczenia przez okres pierwszych 6 miesięcy ochrony ubezpieczeniowej do kwoty określonej w poprzedniej umowie.

13.13. Śmierć naturalna – zgon ubezpieczonego z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek.

13.14. Śmierć ubezpieczonego spowodowana zawałem serca lub udarem - Prawo do świadczenia przysługuje, jeśli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w okresie odpowiedzialności Wykonawcy, data rozpoznania zawału serca lub udaru mózgu wskazana w diagnozie lekarskiej miała miejsce w okresie odpowiedzialności Wykonawcy lub poprzedniego Ubezpieczyciela, i z medycznego punktu widzenia istniał związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu a śmiercią Ubezpieczonego. Nie uzależnia się wypłaty świadczenia od długości okresu pomiędzy śmiercią, a zdarzeniem będącym jej przyczyną.

Zawał serca – martwica części mięśnia sercowego spowodowana nagłym zmniejszeniem dopływu krwi.

Udar - nagłe ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych, wywołane wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczyń mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi i obejmuje każdy rodzaj udaru, m. in. niedokrwienny, krwotoczny, żylny.

13.15. Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli nieszczęśliwy wypadek miał miejsce w okresie odpowiedzialności Wykonawcy lub poprzedniego Ubezpieczyciela, śmierć zaistniała w okresie odpowiedzialności Wykonawcy lub min 180 dni po niej i z medycznego punktu widzenia istniał związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego. Nie uzależnia się wypłaty świadczenia od długości okresu pomiędzy śmiercią, a nieszczęśliwym wypadkiem będącym jej przyczyną.

13.16. Śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy – Wypadek przy pracy jest to nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności albo poleceń w ramach istniejącego stosunku pracy i został zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP. Za wypadek przy pracy uznaje się także taki, który miał miejsce w czasie podróży służbowej, a także w przypadku gdy pracownik nie przestrzegał przepisów BHP i/lub regulaminu pracodawcy.

Nie dopuszcza się możliwości ograniczenia odpowiedzialności z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku przy pracy w stosunku do osób, które nie są pracownikami Zamawiającego (ubezpieczonych członków rodzin pracowników). W takim przypadku wystąpienie wypadku przy pracy zostanie potwierdzone protokołem BHP wystawionym przez pracodawcę ubezpieczonego członka rodziny lub innym oficjalnie obowiązującym dokumentem (np. w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą).

13.17. Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego – Nieszczęśliwy wypadek, któremu Ubezpieczony uległ jako pieszy, rowerzysta, pasażer lub kierujący pojazdem, również bez udziału innych pojazdów, w transporcie lądowym, lotniczym lub wodnym.

13.18. Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy – Prawo do świadczenia przysługuje jeśli Ubezpieczony ulegnie wypadkowi komunikacyjnemu podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego czynności służbowych i wypadek ten został zakwalifikowany jako wypadek przy pracy.

13.19. Trwały uszczerbek na zdrowiu – trwałe naruszenie sprawności organizmu, polegające na uszkodzeniu organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub zawału serca lub udaru. (tabelę oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu należy dostarczyć na etapie podpisywania umowy). Świadczenie płatne jest za każdy 1% uszczerbku od co najmniej pierwszego procentu uszczerbku. Prawo do świadczenia przysługuje za maksymalnie 100% przyznanego uszczerbku.

13.20. Urodzenie dziecka - urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Kwota świadczenia określona w zapytaniu ofertowym należna jest za każde dziecko urodzone w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Za urodzenie dziecka uważa się również przysposobienie dziecka.

13.21. Urodzenie martwego dziecka - urodzenia martwego dziecka w rozumieniu przepisów dotyczących porodów i urodzeń, jeżeli urodzenie zostało zarejestrowane.

13.22. Wypadek komunikacyjny – każdy wypadek wywołany ruchem pojazdu na drodze, z udziałem ubezpieczonego, jako uczestnika ruchu, kierowcy, pasażera; z tym, że określenie ruch pojazdu, pojazd, kierowca, uczestnik, droga - występują w rozumieniu zgodnym z obowiązującymi przepisami prawa o ruchu drogowym. Pojazdem jest również tramwaj. Za wypadek komunikacyjny przyjmuje się również wypadek wywołany ruchem pojazdu kolejowego, trakcyjnego, w tym metra, a także w związku z eksploatacją statku powietrznego koncesjonowanych linii lotniczych oraz statku wodnego, którego ubezpieczony był pasażerem lub członkiem załogi, a statek zatonął, został uszkodzony, albo zaginął i nie został odnaleziony.

13.23. Wystąpienie u Ubezpieczonego trwałej niezdolności do pracy w następstwie choroby lub wypadku - trwała i całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej w dowolnym zawodzie albo do samodzielnej egzystencji, będącą rezultatem nieszczęśliwego wypadku lub choroby; trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji oznacza, że zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań, co do odzyskania przez ubezpieczonego zdolności do pracy.

13.24. Zgon dziecka – zaistniała w okresie odpowiedzialności Wykonawcy śmierć dziecka, która nastąpiła przed dniem ukończenia przez dziecko 25 rokiem życia.

14. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

14.1. Zamawiający dopuszcza następujące wyłączenia lub ograniczenia odpowiedzialności Wykonawcy:

14.1.1. Śmierć ubezpieczonego w wyniku działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;

14.1.2. Samobójstwo ubezpieczonego popełnione w okresie 6 miesięcy od początku odpowiedzialności Wykonawcy w stosunku do tego ubezpieczonego;

14.2. Z zastrzeżeniem zapisów zawartych w Opisie przedmiotu zamówienia, w przypadku innych ryzyk, niż zgon Ubezpieczonego, Zamawiający akceptuje wyłączenia lub ograniczenia odpowiedzialności ujęte w Ogólnych (Szczególnych) Warunkach Ubezpieczenia Wykonawcy.

15. INDYWIDUALNA KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA

Ubezpieczony, który przez co najmniej 6 (słownie: sześć) miesięcy był objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej przez Zamawiającego w wyniku niniejszego postępowania, ma prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie na warunkach przewidzianych przez Wykonawcę w ofercie lub w Ogólnych (Szczególnych) Warunkach Ubezpieczenia.

16. PODGRUPY UBEZPIECZENIA

Wysokości świadczeń podane są w złotych i uwzględniają kumulację.

Podgrupy		Podgrupa I	Podgrupa II
Maksymalna, wymagana przez Zamawiającego, miesięczna składka za jednego ubezpieczonego		65,00 zł	52,00 zł
Minimalny obligatoryjny rodzaj i zakres świadczeń		Minimalna obligatoryjna wysokość świadczenia	Minimalna obligatoryjna wysokość świadczenia
1.	Zgon Ubezpieczonego	72 000,00 zł	55 000,00 zł
2.	Zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	150 000,00 zł	110 000,00 zł
3.	Zgon Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu	90 000,00 zł	75 000,00 zł
4.	Zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego	250 000,00 zł	192 500,00 zł
5.	Zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy	250 000,00 zł	192 500,00 zł
6.	Zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy	350 000,00 zł	275 000,00 zł
7.	Osierocenie dziecka	7 000,00 zł	5 500,00 zł
8.	Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku NW	80 000,00 zł	60 000,00 zł
9.	Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku NW- za 1%	800,00 zł	600,00 zł
10.	Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku NW wskutek wypadku komunikacyjnego	80 000,00 zł	60 000,00 zł
11.	Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku NW wskutek wypadku komunikacyjnego - za 1%	800,00 zł	600,00 zł
12.	Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku zawału lub udaru mózgu	80 000,00 zł	60 000,00 zł
13.	Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku zawału lub udaru mózgu- za 1%	800,00 zł	600,00 zł
14.	Wystąpienie poważnego (ciężkiego) zachorowania ubezpieczonego	13 000,00 zł	10 000,00 zł
15.	Inwalidztwo spowodowane w wyniku NW – świadczenie jednorazowe (50% sumy ubezpieczenia)	64 800,00 zł	54 600,00 zł
16.	Inwalidztwo spowodowane w wyniku NW – dodatkowe świadczenie miesięczne wypłacane przez 5 lat (50% sumy ubezpieczenia)	1 080,00 zł	910,00 zł
17.	Trwała niezdolność ubezpieczonego do pracy lub do samodzielnej egzystencji w wyniku NW	72 000,00 zł	55 000,00 zł

18.	Dziennie świadczenie za pobyt w szpitalu spowodowany chorobą	100,00 zł	75,00 zł
19.	Dziennie świadczenie za pobyt w szpitalu spowodowany chorobą z tytułu pobytu na OIT / OIOM	200,00 zł	150,00 zł
20.	Dziennie świadczenie za pobyt w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu	175,00 zł	150,00 zł
21.	Dziennie świadczenie za pobyt w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu z tytułu pobytu na OIT / OIOM	350,00 zł	300,00 zł
22.	Dziennie świadczenie za pobyt w szpitalu w skutek wypadku	200,00 zł	150,00 zł
23.	Dziennie świadczenie za pobyt w szpitalu w skutek wypadku z tytułu pobytu na OIT / OIOM	200,00 zł	150,00 zł
24.	Dziennie świadczenie za pobyt w szpitalu w skutek wypadku komunikacyjnego	350,00 zł	250,00 zł
25.	Dziennie świadczenie za pobyt w szpitalu w skutek wypadku komunikacyjnego z tytułu pobytu na OIT / OIOM	350,00 zł	250,00 zł
26.	Dziennie świadczenie za pobyt w szpitalu w skutek wypadku w pracy	350,00 zł	250,00 zł
27.	Dziennie świadczenie za pobyt w szpitalu w skutek wypadku w pracy z tytułu pobytu na OIT / OIOM	350,00 zł	250,00 zł
28.	Dziennie świadczenie za pobyt w szpitalu w skutek wypadku komunikacyjnego przy pracy	500,00 zł	350,00 zł
29.	Dziennie świadczenie za pobyt w szpitalu w skutek wypadku komunikacyjnego przy pracy z tytułu pobytu na OIT / OIOM	500,00 zł	350,00 zł
30.	Operacje chirurgiczne spowodowane chorobą lub wypadkiem	do 6 300,00 zł	do 4 000,00 zł
31.	Urodzenie dziecka	1 800,00 zł	1 800,00 zł
32.	Noworodek martwo urodzony	4 000,00 zł	3 500,00 zł
33.	Zgon dziecka	8 000,00 zł	7 000,00 zł
34.	Dziennie świadczenie za pobyt dziecka w szpitalu spowodowany chorobą	100,00 zł	40,00 zł
35.	Dziennie świadczenie za pobyt dziecka w szpitalu spowodowany chorobą z tytułu pobytu na OIT / OIOM	200,00 zł	80,00 zł
36.	Dziennie świadczenie za pobyt dziecka w szpitalu w wyniku NW	400,00 zł	200,00 zł
37.	Dziennie świadczenie za pobyt dziecka w szpitalu w wyniku NW z tytułu pobytu na OIT / OIOM	400,00 zł	200,00 zł
38.	Wystąpienie poważnego (ciężkiego) zachorowania dziecka ubezpieczonego	13 000,00 zł	7 000,00 zł
39.	Zgon współmałżonka / partnera	16 000,00 zł	14 000,00 zł

40.	Zgon współmałżonka / partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku	40 000,00 zł	35 000,00 zł
41.	Zgon współmałżonka / partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego	60 000,00 zł	55 000,00 zł
42.	Dzienne świadczenie za pobyt współmałżonka / partnera w szpitalu spowodowany chorobą	50,00 zł	40,00 zł
43.	Dzienne świadczenie za pobyt współmałżonka / partnera w szpitalu spowodowany chorobą z tytułu pobytu na OIT / OIOM	100,00 zł	80,00 zł
44.	Dzienne świadczenie za pobyt współmałżonka / partnera w szpitalu w wyniku NW	300,00 zł	200,00 zł
45.	Dzienne świadczenie za pobyt współmałżonka / partnera w szpitalu w wyniku NW z tytułu pobytu na OIT / OIOM	300,00 zł	200,00 zł
46.	Wystąpienie poważnego (ciężkiego) zachorowania współmałżonka / partnera	5 500,00 zł	5 000,00 zł
47.	Zgon rodziców/ teściów / rodziców teściów partnera	2 000,00 zł	1 800,00 zł
48.	Zgon rodziców/ teściów / rodziców teściów partnera w wyniku NW	6 000,00 zł	5 000,00 zł

17. KLAUZULE FAKULTATYWNE (DODATKOWO PUNKTOWANE)

Zamawiający nie wymaga spełnienia przez Wykonawcę poniższych klauzul, jednakże będą one stosowane w wykonywaniu Umowy – o ile zostaną zaakceptowane przez Wykonawcę w ofercie. W tym celu Wykonawca w ust. 3. Formularza oferty złoży deklarację w zakresie oferowanych klauzul. Klauzule te będą dodatkowo punktowane w ramach oceny ofert, co zostało opisane szczegółowo w zapytaniu ofertowym. Zaoferowane klauzule fakultatywne winny być wliczone w wysokość miesięcznej składki na jednego ubezpieczonego określonej przez Wykonawcę w ust. 1 Formularza oferty.

17.1. Klauzula zniesienia górnej granicy wieku dotyczącej świadczenia Śmierć Dziecka Ubezpieczonego. Wykonawca nie będzie stosował ograniczenia górnej granicy wieku dziecka wynikającej z OWU (na przykład do 25 roku życia) w sytuacji zaistnienia powyższego zdarzenia ubezpieczeniowego.

17.2. Klauzula rozszerzenia listy poważnych zachorowań ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego ponad wymagane minimum, w tym zaoferowanie następujących chorób oczekiwanych przez Zamawiającego: cukrzyca typu I (insulinozależna), bołeroza, przewlekła niewydolność oddechowa, reumatoidalne zapalenie stawów.

17.3. Klauzula rozszerzenia listy poważnych zachorowań dziecka ubezpieczonego ponad wymagane minimum o minimum 4 dodatkowe choroby, w tym zaoferowanie następujących chorób oczekiwanych przez Zamawiającego: oparzenia, tężec.

17.4. Klauzula wydłużająca maksymalną długość okresu pobytu ubezpieczonego w szpitalu, za który wypłacane jest świadczenie ponad wymagane minimum (90 dni) o minimum 15 dni.

17.5. Klauzula rozszerzenia zakresu o dzienne świadczenie rekonwalescencyjne dla Ubezpieczonego w wysokości 50% dziennego świadczenia szpitalnego wskutek choroby. Świadczenie dla Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu w następstwie choroby lub NW. Świadczenie jest wypłacane bezpośrednio po pobycie ubezpieczonego w szpitalu niezależnie od tego w jakim czasie od nieszczęśliwego wypadku miał miejsce pobyt w szpitalu i w jakim czasie zostało zdiagnozowane schorzenie będące przyczyną pobytu, jeżeli pobyt w szpitalu miał miejsce w okresie ubezpieczenia. Świadczenie wypłacane jest za min 14 dni rekonwalescencji poszpitalnej w wyniku choroby i/lub 7 dni rekonwalescencji poszpitalnej w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jednak nie może być ono dłużej wypłacane niż okres 90 dni (w ciągu 12 miesięcy).

18. PAKIETY DODATKOWE Z DODATKOWĄ SKŁADKĄ

18.1. Pakiety dodatkowe, rozszerzające ochronę, będą możliwe do dokupienia za opłatą dodatkowej składki przez Ubezpieczonego do każdego z dwóch podstawowych podgrup ubezpieczenia. Sumy ubezpieczenia i szczegółowy zakres ubezpieczenia określa Wykonawca w ramach opisanych niżej oczekiwań i maksymalnej wysokości składki za jedną osobę. Wykonawca może zaoferować jeden, lub więcej lub wszystkie pakiety lub nie oferować żadnego. Wykonawca może wymagać do uruchomienia pakietu minimalnego poziomu partycypacji, jednak nie może to być więcej niż 15 osób dla jednego pakietu:

- 1) **Usługi assistance** obejmujące organizację świadczeń wyszczególnionych w OWU Wykonawcy należnych Ubezpieczonemu w wskutek wystąpienia choroby lub nieszczęśliwego wypadku, przy maksymalnej miesięcznej składce za pakiet wynoszącej 1,60 zł za osobę.
- 2) **Leczenie specjalistyczne** – Wykonawca wypłaci ubezpieczonemu świadczenie w określonej kwocie w przypadku przeprowadzenia u ubezpieczonego leczenia specjalistycznego obejmującego co najmniej jedną z następujących procedur medycznych: chemioterapii, radioterapii, wszczepienia kardiowertera (defibrylatora), wszczepienia rozrusznika serca, ablacji, dializoterapii, terapię radiojodem nienowotworowych chorób tarczycy, wszczepienie stymulatora resynchronizującego, terapia interferonowa. Wykonawca przyzna świadczenie za każde przeprowadzone u Ubezpieczonego leczenie specjalistyczne danego rodzaju w okresie ubezpieczenia. W przypadku przeprowadzenia chemioterapii i radioterapii, wypłata nastąpi za jedno leczenie, z tytułu tego leczenia, które zastosowano jako pierwsze.
Niedopuszczalne jest uzależnianie zasadności wypłaty świadczenia z tytułu leczenia specjalistycznego od momentu zdiagnozowania choroby lub zajścia nieszczęśliwego wypadku. Wykonawca wypłaci świadczenie z tytułu leczenia specjalistycznego, jeżeli leczenie specjalistyczne zostanie rozpoczęte w okresie jego odpowiedzialności. Przy maksymalnej miesięcznej składce za pakiet wynoszącej 4,00 zł za osobę.
- 3) **Refundacja kosztów zakupu leków** – świadczenie umożliwiające odbiór w aptece lub refundację kosztów zakupu produktów o wartości 100% sumy ubezpieczenia wskazanej w tabeli świadczeń, po odbyciu leczenia szpitalnego spowodowanego chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, objętego odpowiedzialnością Wykonawcy na wypadek leczenia szpitalnego. Wykonawca przyzna Ubezpieczonemu prawo do odbioru produktów w aptece lub refundację kosztów zakupu produktów po leczeniu szpitalnym za maksymalnie trzy rozpoczęte pobyty w szpitalu, w każdym okresie kolejnych 12 miesięcy trwającym między rocznicami polisy. Przy maksymalnej miesięcznej składce za pakiet wynoszącej 3,00 zł za osobę.
- 4) **Pakiet onkologiczny**, obejmujący w szczególności zdarzenia:
 - a) wstępne rozpoznanie lub podejrzenie rozpoznania u ubezpieczonego choroby nowotworowej, w okresie, w którym ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową. W ramach pakietu ubezpieczonemu przysługuje świadczenie realizowane w ramach ustalonego programu zdrowotnego na rzecz ubezpieczonego w przypadku wstępnego rozpoznania lub podejrzenia rozpoznania u ubezpieczonego choroby nowotworowej polegające w szczególności na organizacji wykonania określonej usługi medycznej (świadczenie medyczne) lub zapłacie określonej kwoty pieniężnej (świadczenie pieniężne);
oraz
 - b) wystąpienie u ubezpieczonego jednego z następujących nowotworów w okresie, w którym ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową: rak przedinwazyjny piersi; rak przedinwazyjny jajnika; rak przedinwazyjny trzonu macicy; rak przedinwazyjny jajowodu; rak przedinwazyjny jądra; nowotwór złośliwy gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania <T2 N0M0; czerniak złośliwy w stopniu zaawansowania 1A; rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego; nowotwór łagodny tarczycy po leczeniu chirurgicznym; nowotwór łagodny jajnika po leczeniu chirurgicznym. W ramach pakietu) ubezpieczyciel wypłaci określoną w umowie kwotę świadczenia.

Przy maksymalnej miesięcznej składce za pakiet wynoszącej 10 zł za osobę.

- 5) **Pakiet kardiologiczny**, obejmujący w szczególności zachorowanie na choroby układu krążenia (udar mózgu, zawał serca, etc.) - zakres pakietu powinien obejmować takie świadczenia jak: zdiagnozowanie choroby układu krążenia, uszczerbek na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, pobyt w szpitalu, leczenie specjalistyczne (badania, konsultacje, pomoc psychologa, druga opinia medyczna, rehabilitacja) przy maksymalnej miesięcznej składce za pakiet wynoszącej 15 zł za osobę.
- 6) **Inny** – Wykonawca może zadeklarować inny pakiet niż powyższy dedykowany Zamawiającemu, określając jego zakres, wysokość miesięcznej składki na osobę oraz wysokość świadczenia.

18.2. Wykonawca w ust. 4. Formularza oferty złoży deklarację oferowanego pakietu wraz z określeniem wysokości miesięcznej składki na osobę, wysokości świadczenia oraz szczegółów pakietu. W przypadku, gdy Wykonawca nie złoży żadnej deklaracji Zamawiający uzna, że Wykonawca nie oferuje żadnego dodatkowego pakietu z dodatkową składką.

19. OPCJA

19.1. Zamawiający wprowadza opcję polegającą na możliwości zwiększenia liczby ubezpieczonych ponad szacowaną przez Zamawiającego ilość. Zamawiający wprowadza również opcję polegającą na możliwości rozszerzenia programu oferowanego pracownikom o dodatkowe pakiety z dodatkową składką zaproponowane przez Wykonawcę w ofercie. Planowany okres realizacji zamówienia opcjonalnego jest tożsamy z okresem realizacji zamówienia podstawowego – w wyniku zastosowania opcji zmianie ulegnie wysokość miesięcznej składki na jednego ubezpieczonego o wysokość składki danego pakietu w zależności od wyboru dodatkowego pakietu przez pracowników Zamawiającego.

Dla uruchomienia opcji zwiększania wystarczające jest złożenie przez Ubezpieczającego imiennego wykazu osób ubezpieczonych zgodnie z deklaracjami przystąpienia do Umowy. Skorzystanie z opcji zwiększenia/rozszerzenia nie wymaga dokonania zmiany Umowy. Z tytułu realizacji opcji zwiększenia, Ubezpieczycielowi przysługuje Miesięczna składka za jednego Ubezpieczonego obliczona zgodnie z warunkami i zasadami obowiązującymi w Umowie.

19.2. Maksymalna wartość opcji wraz z zamówieniem podstawowym nie może być równa i nie może przekroczyć kwoty 130 000,00 zł netto w sumie w trakcie realizacji umowy.

19.3. W zakresie realizacji zamówienia objętego prawem opcji stosuje się odpowiednio zapisy umowy.