

**ZAŁĄCZNIK NR 5 do SWZ**
**Opis przedmiotu zamówienia**
**1. Założenia ogólne:**

- a) Przedmiotem niniejszego postępowania są usługi ubezpieczenia grupowego na życie pracowników, małżonków/partnerów życiowych oraz pełnoletnich dzieci pracowników **Powiatu Łęczyńskiego wraz z podległymi jednostkami organizacyjnymi** (dalej Powiat Łęczyński). Główny kod CPV – Wspólnego Słownika Zamówień: 66511000-5 - Usługi ubezpieczeń na życie.
- b) Ochroną ubezpieczeniową na tych samych warunkach mogą być objęci pracownicy Powiatu Łęczyńskiego, ich małżonkowie lub partnerzy życiowi oraz pełnoletnie dzieci ubezpieczonych pracowników.
- c) Przewidywana liczba osób do ubezpieczenia to 475 – wg aktualnego stanu osób ubezpieczonych (pracowników oraz członków rodzin).
- d) Zamawiający nie gwarantuje, że wszyscy pracownicy oraz członkowie ich rodzin skorzystają z możliwości przystąpienia do ubezpieczenia grupowego. Przewidywana liczba osób do ubezpieczenia jest szacunkowa i nie stanowi podstawy roszczeń wobec Zamawiającego.
- e) Zamawiający przewiduje miesięczny koszt ubezpieczenia jednej osoby, w każdym z wariantów nie wyższy niż
  - a. **55,00 zł,**
  - b. **73,50 zł,**
  - c. **82,50 zł.**
- f) Struktura wiekowo-płciowa wszystkich pracowników Powiatu Łęczyńskiego – stan na luty 2026 roku znajduje się w załączniku nr 1b do SWZ

**2. Zakres ubezpieczenia - minimalny wymagany - zgodnie z poniższą tabelą.**

Lp.	Rodzaj zdarzenia	Wysokość oczekiwanych świadczeń (zł)		
		Wariant I	Wariant II	Wariant III
1	Zgon ubezpieczonego	40 000	65 000	75 000
2	Zgon ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu	50 000	81 000	100 000
3	Zgon ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	80 000	107 000	125 000
4	Zgon ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego	100 000	147 000	165 000
5	Zgon ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy	100 000	147 000	165 000
6	Zgon ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy	120 000	187 000	204 000
7	Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku za 1%	550	500	600
8	Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu (za każdy 1 % uszczerbku)	550	500	550

Lp.	Rodzaj zdarzenia	Wysokość oczekiwanych świadczeń (zł)		
		Wariant I	Wariant II	Wariant III
9	Zgon małżonka albo partnera ubezpieczonego	10 000	14 000	15 000
10	Zgon małżonka albo partnera ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	20 000	46 200	46 800
11	Zgon rodzica ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo partnera ubezpieczonego	2 500	2 500	2 700
12	Zgon dziecka ubezpieczonego	-	5 500	5 900
13	Urodzenie się dziecka martwego ubezpieczonemu	-	4 500	4 600
14	Urodzenie się dziecka ubezpieczonemu	-	1 500	1 800
15	Osierocenia dziecka przez ubezpieczonego - świadczenie jednorazowe dla każdego dziecka ubezpieczonego	-	6 100	6 700
16	Pobyt ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli spowodowany był chorobą oraz zawałem serca lub udarem mózgu od 15 dnia pobytu (za dzień)	65	75	86
	Pobyt ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem oraz od 15 dnia pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym lub przy pracy (za dzień)	260	365	380
	Pobyt ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym (za dzień)	300	440	450
	Pobyt ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy (za dzień)	300	470	470
	Pobyt ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym przy pracy (za dzień)	355	540	550
	Pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu (za dzień)	180	215	250
	Rekonwalescencja ubezpieczonego (za dzień)	30	35	40
	Pobyt ubezpieczonego na OIOM - jednorazowo	600	700	800
	Karta apteczna/zasiłek apteczny - jednorazowo	200	200	200
17	Wystąpienie poważnej choroby u ubezpieczonego	8 400	8 400	9 300
18	Wystąpienie poważnej choroby u małżonka albo partnera ubezpieczonego	3 500	3 500	4 000
19	Wystąpienie poważnej choroby u dziecka ubezpieczonego	-	4 200	4 300
20	Specjalistyczne leczenie ubezpieczonego	3 500	3 500	7 000
21	Przebycie operacji chirurgicznej przez ubezpieczonego – minimalne świadczenie	400	450	500
22	Assistance dla ubezpieczonego oraz jego małżonka/partnera oraz dzieci	Tak	Tak	Tak

UWAGA! W tabeli podano skumulowane wartości świadczeń.

### 3. Warunki obligatoryjne

1) Zamawiający wymaga, aby ochroną ubezpieczeniową jako Ubezpieczony mógł być objęty:

a) **pracownik**, tj. osoba zatrudniona przez Powiat Łęczyński na podstawie umowy o pracę, mianowania, wyboru, powołania, umowę o pracę nakładczą, w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu, wykonująca prace w ramach umowy o dzieło, umowy zlecenia lub innej umowy cywilno-prawnej oraz osoba zatrudniona w ramach umowy zawartej w wyniku powołania członkostwa lub wyboru, np. do organów zarządzających, w tym również cudzoziemców.

b) **małżonek/partner życiowy ubezpieczonego pracownika**, tj.:

małżonek ubezpieczonego pracownika - osoba pozostająca z ubezpieczonym pracownikiem w związku małżeńskim,

partner życiowy ubezpieczonego pracownika – osoba pozostająca z ubezpieczonym pracownikiem w związku nieformalnym, prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, nie pozostająca z nim w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa, która jednocześnie nie pozostaje z inną osobą w związku formalnym.

Przystąpienie do ubezpieczenia partnera życiowego ubezpieczonego pracownika następuje przez jego pisemne oświadczenie złożone na druku deklaracji przystąpienia, zmiany lub innym wskazanym przez Wykonawcę formularzu (zwanym dalej deklaracją).

Partner życiowy ubezpieczonego pracownika będący ubezpieczonym nie będzie objęty karencjami, pod warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia w okresie nie późniejszym niż 3 miesiące od daty zawarcia umowy ubezpieczenia lub zatrudnienia pracownika, którego jest partnerem życiowym.

Złożenie przez partnera życiowego ubezpieczonego pracownika deklaracji po tym okresie będzie skutkowało zastosowaniem wobec przystępującego partnera życiowego karencji zgodnie z OWU Wykonawcy. Ubezpieczony pracownik ma prawo raz w roku zmienić wskazanie partnera życiowego.

c) **pełnoletnie dziecko ubezpieczonego pracownika** - uznanie dziecka za osobę pełnoletnią następuje z uwzględnieniem przepisów Kodeksu Cywilnego bez górnego ograniczenia wieku dziecka przystępującego do ubezpieczenia.

Członkowie rodziny mogą przystąpić do dowolnie wybranego wariantu ubezpieczenia, niezależnie od wariantu, który wybrał pracownik.

2) Członek rodziny ubezpieczonego pracownika, tj.: małżonek/partner życiowy oraz pełnoletnie dziecko pracownika uzyskują status ubezpieczonego tylko wtedy, jeśli przystępują do ubezpieczenia składając deklarację przystąpienia zawierającą potwierdzenie przez pracownika, że wyraża on zgodę na potrącenie składki za przystępującego do umowy ubezpieczenia członka rodziny ze swojego wynagrodzenia. Brak złożenia deklaracji przystąpienia przez wymienionych członków rodziny powoduje, że mają oni wyłącznie status osób współubezpieczonych w ubezpieczeniu pracownika. Ubezpieczony pracownik ma prawo raz w roku zmienić wskazanie partnera życiowego w swojej deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia.

- 3) Status osoby współubezpieczonej niezależnie od osób wymienionych powyżej posiadają również rodzice ubezpieczonego oraz małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego oraz dzieci ubezpieczonego zgodnie z definicjami opisanymi w ryzykach: urodzenia dziecka (żywego lub martwego), zgonu dziecka, osierocenia dziecka, zgonu rodziców ubezpieczonego lub zgonu rodziców małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego oraz poważnych zachorowań współubezpieczonych.
- 4) Wskazany w deklaracji przystąpienia ubezpieczonego partner życiowy ubezpieczonego (posiadający status współubezpieczonego) zastępuje małżonka we wszystkich zdarzeniach z zakresu ochrony ubezpieczonego, które dotyczą małżonka.
- 5) Partner ubezpieczonego, w okresie obejmowania go ochroną ubezpieczeniową (analogicznie jak ten ubezpieczony) nie może być w związku formalnym z inną osobą (dotyczy partnera zarówno ubezpieczonego jak i współubezpieczonego).
- 6) Przystępowanie do ubezpieczenia następować będzie bez oceny ryzyka medycznego, co oznacza, że Wykonawca nie uzależnia możliwości przystąpienia do ubezpieczenia od stanu jego zdrowia oraz podleganie ochronie, a tym samym wypłata świadczeń w pełnym zakresie ryzyk, nie jest zależne od stanu zdrowia ubezpieczonego przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt.7.
- 7) W przypadku przystępujących do ubezpieczenia członków rodziny, **którzy nie są aktualnie objęci** ubezpieczeniem, Zamawiający dopuszcza wstępną weryfikację medyczną, od której zależna jest akceptacja Wykonawcy przyjęcia do umowy ubezpieczenia tylko w przypadku, gdy przystąpienie ma miejsce po upływie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnień do przystąpienia do umowy.
- 8) Jeżeli Wykonawca zaakceptuje przystąpienie do umowy ubezpieczenia osoby, której dotyczyła weryfikacja określona w pkt 7) ma on obowiązek stosować wobec tych osób zasady analogiczne jak dla pozostałych ubezpieczonych, bez stosowania ograniczeń odpowiedzialności wynikających ze stanu zdrowia z okresu przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia.
- 9) Przystępowanie do ubezpieczenia nie później niż w okresie 3 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej na podstawie zawartej po rozstrzygnięciu przetargu umowy ubezpieczenia (tj. przystępowanie od 01 czerwca, 01 lipca oraz 01 sierpnia 2026 r.) oraz w okresie 3 miesięcy od daty nabycia praw do przystąpienia do ubezpieczenia przez nowych pracowników/ małżonków/ partnerów/ pełnoletnie dzieci, w pełnym zakresie ubezpieczenia określonym w pkt. 2 Szczegółowego **Opisu przedmiotu zamówienia** grupowe ubezpieczenie na życie – „Zakres ubezpieczenia” - bez żadnych okresów karencji.
- 10) Za datę nabycia uprawnień do przystąpienia do ubezpieczenia przyjmujemy:
  - a) datę zatrudnienia w przypadku pracownika,
  - b) datę zawarcia związku małżeńskiego dla małżonka ubezpieczonego pracownika,
  - c) datę zawarcia umowy ubezpieczenia lub zatrudnienia pracownika dla partnera ubezpieczonego pracownika,
  - d) datę osiągnięcia pełnoletności przez dziecko ubezpieczonego.
- 11) Wykonawca akceptuje przystąpienie do umowy ubezpieczenia osób **aktualnie ubezpieczonych**, które w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia przebywają na zwolnieniu lekarskim, świadczeniu

rehabilitacyjnym, w szpitalu, hospicjum, urlopach macierzyńskich, ojcowskich, rodzicielskich, wychowawczych, bezpłatnych lub z innej przyczyny nie świadczą aktywnie pracy.

- 12) W przypadku przejścia ubezpieczonego w trakcie trwania umowy na urlop macierzyński, wychowawczy lub bezpłatny, Wykonawca zagwarantuje możliwość pozostawania w ubezpieczeniu grupowym.
  - 13) Wykonawca zagwarantuje możliwość przystępowania do ubezpieczenia osób, które nie ukończyły 69 roku życia, w pełnym zakresie ubezpieczenia określonym pkt. 2) Szczegółowego opisu przedmiotu zamówienia grupowe ubezpieczenie na życie – Zakres ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, iż do ubezpieczenia mogą przystąpić wszyscy aktualnie ubezpieczeni pracownicy i członkowie rodzin, bez względu na wiek i będą oni objęci ochroną w pełnym zakresie ryzyk, do momentu zakończenia stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego pracownika z Zamawiającym oraz - w przypadku małżonków/partnerów życiowych i pełnoletnich dzieci ubezpieczonego - do końca okresu ubezpieczenia pracownika, o którym mowa powyżej. Osoby przyjęte do przedmiotowej umowy ubezpieczenia mają prawo z niej korzystać do końca jej trwania bez względu na wiek osiągnięty w trakcie trwania tej umowy. W aktualnie realizowanych umowach ubezpieczenia uczestniczy 5 osób (1 pracownik i 4 członków rodzin), które ukończyły 68 rok życia.
  - 14) Wykonawca zapewni możliwość funkcjonowania w każdej uprawnionej jednostce organizacyjnej Powiatu Łęczyńskiego wszystkich opisanych w niniejszej SWZ wariantów ubezpieczenia, przy założeniu, że grupa ubezpieczonych w ramach jednej polisy będzie nie mniejsza niż 15 osób. Wyjątek od tej reguły stanowią jednostki o mniejszym zatrudnieniu, w których grupa ubezpieczonych może być mniejsza.
  - 15) Każda jednostka organizacyjna przystępująca do umowy będzie ubezpieczającym i płatnikiem składki w imieniu ubezpieczonych pracowników i członków ich rodzin.
  - 16) Ubezpieczonym w ramach grupowego ubezpieczenia na życie przysługują zniżki przy zakupie ubezpieczeń indywidualnych, w szczególności komunikacyjnych. Katalog zniżek wraz z ich wysokością Wykonawca załączy do oferty.
  - 17) Wykonawca zapewni ubezpieczonym prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia bez oceny ryzyka medycznego i finansowego, na podstawie OWU indywidualnie kontynuowanego, które wraz z ofertą Indywidualnej Kontynuacji stanowić będą załącznik do przedmiotowej oferty Wykonawcy.
- Warunki przystąpienia do ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego:
- a) prawo do indywidualnej kontynuacji przysługuje każdej osobie ubezpieczonej (pracownik, małżonek, partner życiowy, pełnoletnie dziecko ubezpieczonego) po 6 miesiącach stażu w ubezpieczeniu;
  - b) do okresu ustalonego w pkt. a) zalicza się okres ubezpieczenia wynikający z poprzedniej polisy ubezpieczeniowej pod warunkiem, że ubezpieczony w sposób nieprzerwany był objęty ochroną;
  - c) nie dopuszcza się uzależniania przyznania prawa do ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego od stanu zdrowia ubezpieczonego.

- 18) W przypadku orzekania o wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu na podstawie badania lub wywiadu lekarskiego przeprowadzanego przed komisją lekarską (lub przed lekarzem orzecznikiem) Wykonawca zapewni placówkę przeprowadzającą niniejsze badania zlokalizowaną na terenie Powiatu Łęczyńskiego. Jednocześnie Zamawiający dopuszcza orzekanie w trybie zaocznym, bez badania lekarskiego na podstawie otrzymanej dokumentacji medycznej, z zastrzeżeniem, że ewentualna procedura odwoławcza odbywa się na wniosek ubezpieczonego przed komisją lekarską.
- 19) Wykonawca zapewni bez dodatkowych kosztów narzędzia elektroniczne do obsługi umowy ubezpieczenia na życie, umożliwiające m.in.: identyfikację ubezpieczonych, wypełnianie dokumentów ewidencyjnych, weryfikację prawidłowości rozliczenia wynagrodzenia za usługę z Wykonawcą. W ramach tej usługi Wykonawca jest zobowiązany do:
  - a) przeprowadzenia szkolenia dla osób obsługujących umowy ubezpieczenia,
  - b) przekazywania na bieżąco informacji o zmianach funkcjonalności aplikacji, wzorów formularzy i procedur niezbędnych do realizacji umowy ubezpieczenia.
- 20) Wykonawca zagwarantuje możliwość przysyłania wniosków o świadczenia drogą elektroniczną (e-mail, formularz na stronie internetowej wykonawcy, aplikacja internetowa).

#### **4. Klauzule obligatoryjne**

##### **1) Klauzula początku odpowiedzialności ubezpieczyciela**

Odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie wynikającym z umowy ubezpieczenia, w odniesieniu do każdego z ubezpieczonych, rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego:

- a) następującego po dniu złożenia przez ubezpieczonego przedstawicielowi Ubezpieczającego, pisemnego oświadczenia (deklaracji, wniosku lub innego dokumentu zaakceptowanego przez Wykonawcę) wyrażającego zgodę na przystąpienie do ubezpieczenia;
- b) pod warunkiem zapłacenia przez ubezpieczającego pierwszej składki na rzecz danego ubezpieczonego w przypadającym w tym miesiącu terminie opłacenia składki.

##### **2) Klauzula opóźnienia zapłaty składki - termin opłacania składek**

- a) Zamawiający zobowiązany jest do zapłaty pierwszej i każdej następnej składki w terminie do końca miesiąca, licząc od pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna. W przypadku, gdy dzień płatności tak określony przypadnie w dzień świąteczny lub wolny od pracy u Zamawiającego, wpływ na konto Wykonawcy nastąpi najpóźniej w ostatnim dniu roboczym miesiąca, którego dotyczy;
- b) w przypadku niezapłacenia przez Zamawiającego składki, w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia w terminie, o którym mowa powyżej, Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do zapłaty składki w dodatkowym terminie, wyznaczonym przez Ubezpieczyciela w pisemnym wezwaniu oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia składki w dodatkowym terminie. Zasada ta nie ma zastosowania do pierwszej składki.

##### **3) Klauzula końca odpowiedzialności ubezpieczyciela**

Odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się:

- a) w dniu końca okresu, za który opłacono składkę, jeżeli ubezpieczony zrezygnował z ubezpieczenia,



- b) w dniu końca okresu, za który opłacono składkę – w przypadku ustania łączącego ubezpieczonego z ubezpieczającym stosunku będącego podstawą do objęcia ubezpieczonego ochroną. Odpowiedzialność ubezpieczyciela może być przedłużona o jeden miesiąc, pod warunkiem opłacenia składki za ten miesiąc,
  - c) w dniu śmierci ubezpieczonego,
  - d) w dniu rozwiązania umowy.
- 4) Klauzula wyłączeń dotycząca zgonu ubezpieczonego  
 Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zgonu ubezpieczonego jedynie w przypadku, gdy zdarzenie nastąpiło w wyniku:
- a) działań wojennych,
  - b) czynnego, dobrowolnego udziału ubezpieczonego oraz w aktach przemocy lub terroru, chyba że udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
  - c) samobójstwa popełnionego przez ubezpieczonego w okresie pierwszych 6 miesięcy od momentu objęcia odpowiedzialnością ubezpieczyciela,
  - d) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu noszącego znamiona umyślnego przestępstwa.
- 5) Klauzula wyłączeń dotycząca zgonu współubezpieczonego  
 Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zgonu współubezpieczonego jedynie w przypadku, gdy zdarzenie nastąpiło w wyniku:
- a) działań wojennych,
  - b) czynnego, dobrowolnego udziału ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru, chyba że udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
  - c) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez współubezpieczonego czynu noszącego znamiona umyślnego przestępstwa.
- 6) Klauzula wyłączeń w odniesieniu do następstw nieszczęśliwych wypadków  
 Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku jedynie w przypadku, gdy zdarzenie dotyczące ubezpieczonego lub współubezpieczonego nastąpiło w wyniku:
- a) wojny, działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału w masowych, rozruchach społecznych oraz terroru, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
  - b) samookaleczenia, usiłowania lub popełnienia samobójstwa,
  - c) popełnienia lub usiłowania popełnienia czynu noszącego znamiona umyślnego przestępstwa,
  - d) prowadzenia przez ubezpieczonego/współubezpieczonego pojazdu:
    - a. bez odpowiednich do prowadzenia danego pojazdu uprawnień, chyba, że prowadzenie pojazdu bez uprawnień zostało spowodowane stanem wyższej konieczności lub obrony koniecznej, tj. sytuacjach opisanych przepisami polskiego prawa lub
    - b. który nie posiada aktualnego badania technicznego lub innego dokumentu warunkującego dopuszczenie do ruchu,

- e) spożycia alkoholu – zawartość alkoholu we krwi:
  - a. powyżej 0,2‰ w odniesieniu do osoby prowadzącej pojazd mechaniczny;
  - b. powyżej 0,5‰ w odniesieniu do pozostałych osób, o ile spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,
- f) spożycia narkotyków, środków odurzających, psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, niezaleconych przez lekarza, o ile spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,
- g) zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, narkotyków, środków odurzających, psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, środków farmakologicznych (z wyjątkiem zaleconych przez lekarza i zażywanych zgodnie z zaleceniem), o ile spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,
- h) wykonywania czynności zawodowych bez posiadania odpowiednich uprawnień lub wymaganego odpowiednimi przepisami szkolenia,
- j) uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem, zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba, że chodziło o leczenie następstw nieszczęśliwych wypadków.

7) Klauzula dobrowolności

Wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela związane ze spożyciem alkoholu, narkotyków, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii nie ma zastosowania, jeśli ubezpieczony/uprawniony przedstawi wiarygodne dokumenty (tj. dokumenty urzędowe, wydane przez uprawnione do tego organy, w szczególności, Prokuraturę i Sądy), na podstawie treści których jednoznacznie można stwierdzić, iż po stronie ubezpieczonego nie wystąpiła świadomość lub dobrowolność spożycia wskazanych substancji, co spowodowało zdarzenie, którego następstwem było zdarzenie objęte ochroną.

8) Klauzula odpowiedzialności z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku

- a) Prawo do świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego lub współubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem przysługuje, jeżeli zgon nastąpił w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela i był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia lub przed początkiem odpowiedzialności ubezpieczyciela w stosunku do danej osoby, pod warunkiem, że:
- b) nieszczęśliwy wypadek miał miejsce w okresie odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia obowiązującej bezpośrednio przed zawarciem niniejszej umowy ubezpieczenia i w zakresie tej umowy ryzyko zgonu ubezpieczonego lub współubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem było objęte ochroną ubezpieczeniową,
- c) ochrona z tytułu umowy ubezpieczenia, o której mowa w pkt a) wygasta nie wcześniej niż w miesiącu poprzedzającym datę początku odpowiedzialności ubezpieczyciela w danym zakresie,
- d) uprawniony do świadczenia przedstawi dokument potwierdzający informacje określone w pkt a) i b),
- e) uprawniony do świadczenia przedstawi dokument potwierdzający rezygnację lub rozwiązanie umowy ubezpieczenia, o której mowa w pkt a).



b) Prawo do świadczenia z **tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu lub przebycia operacji spowodowanych nieszczęśliwym** wypadkiem przysługuje, jeżeli pobyt/operacja miał/a miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela i był/a spowodowany/a nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia lub przed początkiem odpowiedzialności ubezpieczyciela w stosunku do danej osoby, pod warunkiem, że:

- a. nieszczęśliwy wypadek miał miejsce w okresie odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia obowiązującej bezpośrednio przed zawarciem niniejszej umowy ubezpieczenia i w zakresie tej umowy ryzyko pobytu w szpitalu/ operacji chirurgicznej ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem było objęte ochroną ubezpieczeniową;
- b. ochrona z tytułu umowy ubezpieczenia, o której mowa w pkt a. wygasta nie wcześniej niż w miesiącu poprzedzającym datę początku odpowiedzialności ubezpieczyciela w danym zakresie;
- c. ubezpieczony przedstawi dokument potwierdzający informacje określone w pkt a. i b.,
- d. ubezpieczony przedstawi dokument potwierdzający rezygnację lub rozwiązanie umowy ubezpieczenia, o której mowa w pkt a.

9) Klauzula odpowiedzialności z tytułu zawału serca lub udaru mózgu

a) Prawo do świadczenia z **tytułu zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu** przysługuje, jeżeli zgon nastąpił w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela i był spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia lub przed początkiem odpowiedzialności ubezpieczyciela w stosunku do danej osoby, pod warunkiem, że:

- a. zawał serca lub udar mózgu miał miejsce w okresie odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia obowiązującej bezpośrednio przed zawarciem niniejszej umowy ubezpieczenia i w zakresie tej umowy ryzyko zgonu ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu było objęte ochroną ubezpieczeniową;
- b. ochrona z tytułu umowy ubezpieczenia, o której mowa w pkt a. wygasta nie wcześniej niż w miesiącu poprzedzającym datę początku odpowiedzialności ubezpieczyciela w danym zakresie;
- c. uprawniony do świadczenia przedstawi dokument potwierdzający informacje określone w pkt a. i b.;
- d. uprawniony do świadczenia przedstawi dokument potwierdzający rezygnację lub rozwiązanie umowy ubezpieczenia, o której mowa w pkt a.;

b) Prawo do świadczenia z **tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu** przysługuje, jeżeli pobyt miał miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela i był spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia lub przed początkiem odpowiedzialności ubezpieczyciela w stosunku do danej osoby, pod warunkiem, że:

- a. zawał serca lub udar mózgu miał miejsce w okresie odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia obowiązującej bezpośrednio przed zawarciem niniejszej umowy ubezpieczenia i w zakresie tej umowy ryzyko pobytu w szpitalu ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu było objęte ochroną ubezpieczeniową,

- b. ochrona z tytułu umowy ubezpieczenia, o której mowa w pkt a. wygasta nie wcześniej niż w miesiącu poprzedzającym datę początku odpowiedzialności ubezpieczyciela w danym zakresie,
- c. ubezpieczony przedstawi dokument potwierdzający informacje określone w pkt a. i b.,
- d. ubezpieczony przedstawi dokument potwierdzający rezygnację lub rozwiązanie umowy ubezpieczenia, o której mowa w pkt a.;

10) Klauzula odpowiedzialności z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku samobójstwa.

Do okresu wyłączenia odpowiedzialności z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku samobójstwa Ubezpieczyciel zaliczy staż ubezpieczonego z poprzedniej umowy ubezpieczenia obowiązującej bezpośrednio przed zawarciem niniejszej umowy.

**5. Definicje – wszystkie uwzględnione w treści SWZ i załącznikach do SWZ definicje i warunki obowiązują w odniesieniu do całego zakresu ubezpieczenia, bez względu na to, w której części dokumentu zostały umieszczone.**

- 1) **Zgon ubezpieczonego** – ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu zgonu osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia.
- 2) **Zgon ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu** - ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu zgonu osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia, będącego wynikiem zawału serca lub udaru mózgu.

**Zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego spowodowana niedokrwieniem części mięśnia sercowego (potwierdzone zgodnie z definicjami medycznymi w karcie choroby zgonu lub protokole sekcyjnym).

**Udar mózgu** - uszkodzenie mózgu (niespowodowane nieszczęśliwym wypadkiem), będące skutkiem wycieknięcia śródmózgowego lub śródczaszkowego krwi lub zawału tkanki mózgowej lub zatoru materiałem pozaczaszkowym (potwierdzone zgodnie z definicjami medycznymi w karcie choroby, zgonu lub protokole sekcyjnym).

Dopuszczalny katalog wyłączeń odpowiedzialności Wykonawcy nie może być szerszy niż w przypadku zgonu naturalnego osoby ubezpieczonej.

- 3) **Zgon ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku** - ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu zgonu osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia, będącego wynikiem nieszczęśliwego wypadku.

Prawo do świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego w okresie trwania umowy ubezpieczenia, spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem przysługuje, bez względu na okres jaki upłynął od daty nieszczęśliwego wypadku do daty zgonu.

**Nieszczęśliwy wypadek** - nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia osoby, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ochrony, zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w wyniku, którego nastąpiło zdarzenie ubezpieczeniowe z zakresu ochrony w danej umowie.

- 4) **Zgon ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego** - ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu zgonu osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia, będącego wynikiem nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego.

**Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek zaistniały w związku z ruchem pojazdów lądowych, szynowych, trakcyjnych, wodnych i powietrznych, w którym ubezpieczony brał udział jako uczestnik (w szczególności osoba prowadząca pojazd, pasażer, pieszy, rowerzysta). Wszystkie definicje, które będą miały zastosowanie do określenia ochrony ubezpieczeniowej związanej z nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym muszą być zgodne z obowiązującymi przepisami prawa/kodeksu drogowego, lotniczego, morskiego oraz ustawy o transporcie kolejowym oraz ustawy o transporcie publicznym.

Jednocześnie Zamawiający informuje, że akceptuje, iż w ramach wypadku w ruchu powietrznym odpowiedzialnością Wykonawcy objęte będą pasażerskie statki powietrzne koncesjonowanych linii lotniczych.

Prawo do świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego w okresie trwania umowy ubezpieczenia, spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem przysługuje, bez względu na okres, jaki upłynął od daty nieszczęśliwego wypadku do daty zgonu.

- 5) **Zgon ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy** - ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu zgonu osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia, będącego wynikiem nieszczęśliwego wypadku przy pracy.

**Nieszczęśliwy wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego zwykłych czynności albo poleceń przełożonych w ramach stosunku pracy albo stosunku cywilnoprawnego, w tym w podróży służbowej oraz w drodze do pracy i z pracy.

Zamawiający nie przewiduje się możliwości ograniczenia zakresu odpowiedzialności z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku przy pracy w stosunku do ubezpieczonych, którzy nie są pracownikami Zamawiającego (tj. ubezpieczonych, którzy nie są zatrudnieni u Zamawiającego, w tym również ubezpieczeni małżonkowie/partnerzy życiowi lub pełnoletnie dzieci pracowników).

Wystąpienie wypadku przy pracy winno być potwierdzone przez służby BHP pracodawcy osoby ubezpieczonej.

Prawo do świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego w okresie trwania umowy ubezpieczenia, spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem przysługuje, bez względu na okres jaki upłynął od daty nieszczęśliwego wypadku do daty zgonu.

- 6) **Zgon ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy** - ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu zgonu osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia, będącego wynikiem nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy.

- 7) **Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku** – za 1 %.

**Trwały uszczerbek** - trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji, powstałe w wyniku nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.

Ubezpieczyciel będzie stosował proporcjonalny system wypłat świadczeń, tzn. wypłatę jednakowej kwoty świadczenia za każdy % orzeczonego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, bez względu na ogólną – łączną wartość orzeczonego uszczerbku.

Dopuszczalny katalog wyłączeń odpowiedzialności Wykonawcy nie może być szerszy niż w klauzuli wyłączeń w odniesieniu do następstw nieszczęśliwych wypadków opisanej w niniejszej SWZ.

8) **Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu** – za 1 %.

**Trwały uszczerbek** - trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na upośledzeniu jego funkcji, powstałe w wyniku zawału serca lub udaru mózgu zaistniałego w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.

**Zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego spowodowana niedokrwieniem mięśnia sercowego, której rozpoznanie, zgodne z definicjami medycznymi, musi być potwierdzone (w karcie choroby) wystąpieniem dwóch klinicznych objawów niedokrwienia mięśnia sercowego.

**Udar mózgu** - uszkodzenie mózgu (niespowodowane nieszczęśliwym wypadkiem), będące skutkiem wynaczynienia śródmózgowego lub śródczaszkowego krwi lub zawału tkanki mózgowej lub zatoru materiałem pozaczaszkowym (potwierdzone w karcie choroby), powodujące powstanie ubytków neurologicznych.

Ubezpieczyciel będzie stosował proporcjonalny system wypłat świadczeń, tzn. wypłatę jednakowej kwoty świadczenia za każdy % orzeczonego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, bez względu na ogólną – łączną wartość orzeczonego uszczerbku.

Dopuszczalny katalog wyłączeń odpowiedzialności Wykonawcy nie może być szerszy niż w przypadku zgonu naturalnego osoby ubezpieczonej.

9) **Zgon małżonka/partnera życiowego ubezpieczonego** - ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu zgonu małżonka, albo partnera życiowego osoby ubezpieczonej, który nastąpił w okresie ubezpieczenia. Zastosowanie mają zapisy określone w zarówno w części 3. „Warunki obligatoryjne”, jak i w częściach: 4. „Klauzule obligatoryjne” i 5. „Definicje” oraz klauzula wyłączeń w zakresie zgonu współubezpieczonego.

10) **Zgon małżonka/partnera życiowego ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku** – ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu zgonu małżonka/partnera życiowego osoby ubezpieczonej, który nastąpił w okresie ubezpieczenia, a spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem. Zastosowanie mają definicje określone w zarówno w części 3. „Warunki obligatoryjne”, jak i w częściach: 4. „Klauzule obligatoryjne” i 5. „Definicje” oraz zapisy klauzuli wyłączeń w odniesieniu do następstw nieszczęśliwych wypadków opisanej w SWZ.

11) **Zgon rodzica ubezpieczonego lub rodzica małżonka/partnera życiowego ubezpieczonego.**

a) Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty wymienionego świadczenia w przypadku zgonu:

- a. rodzica ubezpieczonego albo ojczyrna lub macochy ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio ojciec lub matka ubezpieczonego,
- b. rodzica małżonka/partnera życiowego ubezpieczonego albo ojczyrna lub macochy małżonka/partnera życiowego ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio ojciec lub matka małżonka/partnera życiowego ubezpieczonego,

b) w odniesieniu do macochy lub ojczyrna świadczenie jest należne, o ile macocha lub ojczym nie zawarł kolejnego związku małżeńskiego,

- a. na potrzeby umowy ubezpieczenia za macochę lub ojczyma uważa się małżonka biologicznego rodzica ubezpieczonego,
- b. na potrzeby umowy ubezpieczenia za rodzica małżonka albo partnera życiowego uważa się odpowiednio rodzica/ojczyma/macochę małżonka/partnera życiowego ubezpieczonego.
- c) Ubezpieczyciel nie stosuje ograniczenia liczby wypłacanych świadczeń z danego tytułu.

#### **12) Zgon dziecka ubezpieczonego.**

Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty świadczenia, w wysokości podanej w umowie ubezpieczenia, w przypadku zgonu dziecka własnego, przysposobionego/adoptowanego, w którego akcie urodzenia ubezpieczony jest wymieniony jako rodzic lub pasierba (jeżeli nie żyje ojciec lub matka) w wysokości wynikającej z tabeli świadczeń.

#### **13) Urodzenie się martwego dziecka ubezpieczonemu.**

Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia, w wysokości podanej w umowie ubezpieczenia, w przypadku urodzenia się martwego dziecka, którego urodzenie zostało zarejestrowane we właściwym Urzędzie Stanu Cywilnego i któremu wystawiono akt urodzenia z urzędową adnotacją o martwym urodzeniu.

#### **14) Urodzenie się dziecka ubezpieczonemu.**

Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia, w wysokości podanej w umowie ubezpieczenia, w przypadku urodzenia się ubezpieczonemu dziecka, którego narodziny zostały zarejestrowane we właściwym Urzędzie Stanu Cywilnego i któremu wystawiono akt urodzenia. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty świadczenia również w przypadku dziecka przysposobionego/adoptowanego do 5 roku życia dziecka.

#### **15) Osierocenie dziecka przez ubezpieczonego.**

W przypadku zgonu ubezpieczonego Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty jednorazowego świadczenia w wysokości określonej w polisie dla każdego dziecka uprawnionego do otrzymania wymienionego świadczenia.

Za dziecko uprawnione do otrzymania świadczenia z tytułu osierocenia na skutek zgonu ubezpieczonego uważa się dziecko, w którego akcie urodzenia ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic, w wieku do 18 lat, a w razie uczęszczania do szkoły - w wieku do 25 lat lub bez względu na wiek, jeśli dziecko jest całkowicie niezdolne do pracy, co zostanie potwierdzone stosownym orzeczeniem organu rentowego.

#### **16) Pobyt ubezpieczonego w szpitalu – w związku z nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą.**

- a) **Pobyt w szpitalu** – pobyt trwający nieprzerwanie minimum 1 dzień uwzględniony w dokumentach medycznych w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub trwający min 2 dni, jeśli został spowodowany chorobą, przy zachowaniu ciągłości pobytu w przypadku przenoszenia pacjenta pomiędzy placówkami medycznymi). Prawo do świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu należne jest bez ograniczania liczby pobyków w szpitalu w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
  - i. **Szpital** – działający zgodnie z prawem zakład lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest realizacja świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki, leczenia, pielęgnacji

- i rehabilitacji, z wyłączeniem pobytu w placówkach sanatoryjnych i uzdrowiskowych, w placówkach lub oddziałach leczenia psychiatrycznego, w placówkach i oddziałach rehabilitacyjnych lub placówkach leczenia uzależnień, hospicjach, placówkach dla przewlekle chorych, zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz zakładach pielęgnacyjno – opiekuńczych. Wyłączenie nie dotyczy pierwszego pobytu w placówkach i oddziałach rehabilitacyjnych w celu usunięcia następstw NW lub choroby.
- ii. Nie dopuszcza się możliwości uzależniania uznania placówki za szpital od kwestii posiadania oddziałów specjalistycznych, w szczególności oddziału chirurgicznego przez daną placówkę.
  - iii. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia w przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu, jeśli pobyt miał miejsce na terenie kraju należącego kiedykolwiek do UE.
  - iv. Liczba dni pobytu w szpitalu na potrzeby ustalenia prawa do świadczenia określana będzie na podstawie dat dziennych przyjęcia i wypisu ubezpieczonego do/ze szpitala, bez względu na godzinę przyjęcia i wypisu ze szpitala.
  - v. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia również w przypadku pobytu ubezpieczonego na SOR.
  - vi. Liczba dni pobytu w szpitalu, za które Wykonawca ponosi odpowiedzialność nie może być mniejsza niż 180 dni w roku polisowym.
  - vii. Nie dopuszcza się możliwości uzależniania uznania pobytu w szpitalu za spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem od terminu wystąpienia następstw tego wypadku powodujących konieczność hospitalizacji.
  - viii. Nie dopuszcza się uzależniania prawa do wypłaty świadczenia od stanu zdrowia ubezpieczonego przed przystąpieniem do umowy.
  - ix. Zakresem ochrony objęta jest również rekonwalescencja/rehabilitacja poszpitalna ubezpieczonego:

**Rekonwalescencja/rehabilitacja poszpitalna** – następujący bezpośrednio po minimum 14 dniowym pobycie w szpitalu okres powrotu do zdrowia po pobycie w szpitalu, za który ubezpieczyciel wypłaci świadczenie.

Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia w postaci zasiłku dziennego określonego w tabeli oczekiwanych świadczeń (gwarantowana minimalna liczba dni zasiłkowych nie mniejsza niż 30 dni jednorazowo).

- x. Zakresem ochrony objęty jest również pobyt ubezpieczonego na OIOM/OIT/OAIT:

**OIOM/OIT/OAIT** – oddział/sala intensywnej opieki medycznej (w tym również oddział/sala intensywnej terapii lub Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii) – oddział/sala szpitalny/a, wyposażony w aparaturę medyczną umożliwiającą monitorowanie oraz podtrzymywanie funkcji życiowych. Nie dopuszcza się możliwości uzależniania zasadności wypłaty świadczenia od przyczyny pobytu na OIOM/OIT/OAIT.

Minimalny pobyt na OIOM/OIT/OAIT uprawniający do wypłaty świadczenia to 24 godziny. Wykonawca wypłaci świadczenie za każdy taki pobyt na OIOM/OIT/OAIT w kwocie określonej w tabeli świadczeń.



- xi. Zakresem ochrony objęta jest również **Karta apteczna/zasiłek apteczny**.

Wykonawca wypłaci dodatkowe świadczenie „karta apteczna/zasiłek apteczny”, w postaci gotówkowej lub „karty/uprawnienia” do wykorzystania w aptece dla każdego ubezpieczonego, który nabył prawo do wypłaty świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu, w wysokości określonej w tabeli oczekiwanych świadczeń.

Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia w postaci „zasiłku aptecznego” lub wydania karty po pobycie w szpitalu, określonego w tabeli oczekiwanych świadczeń co najmniej 3 razy w roku polisowym.

Świadczenie z tytułu rekonwalescencji, karty aptecznej jak i pobytu na OIOM/OIT/OAIT są elementami towarzyszącymi pobytowi ubezpieczonego w szpitalu, w związku z powyższym ograniczenia odpowiedzialności Wykonawcy z tego tytułu nie mogą być szersze niż w przypadku ograniczeń odpowiedzialności z tytułu pobytu w szpitalu.

- xii. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczeń towarzyszących określonych w tabeli oczekiwanych świadczeń związanych z pobytem ubezpieczonego w szpitalu, jeśli ubezpieczonemu wypłacono świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu.
- xiii. Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności z tytułu leczenia szpitalnego w związku z przyczynami opisanymi w SWZ w Klauzulach wyłączeń dotyczących zgonu ubezpieczonego oraz Klauzuli wyłączeń w odniesieniu do następstw nieszczęśliwych wypadków oraz w związku z:
- a. wykonywaniem operacji kosmetycznych lub plastycznych, w tym operacji zmiany płci, z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Wykonawcy,
  - b. uprawianiem następujących sportów: sporty motorowe i motorowodne, sporty lotnicze, wspinaczkę skałkową albo wysokogórską, speleologię, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą z wyłączeniem fajki nurkowej, skoki do wody, skoki na linie (bungee jumping),
  - c. w związku z leczeniem zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania umiejscowionych w kategoriach F00 – F99 Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorob i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (z wyjątkiem sytuacji, w której zakres ubezpieczenia rozszerzony został o pobyt na oddziale psychiatrycznym).

#### 17) **Wystąpienie poważnej choroby ubezpieczonego.**

- a) Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia w wysokości określonej w tabeli oczekiwanych świadczeń w przypadku wystąpienia u ubezpieczonego któregośkolwiek z wymienionych w katalogu stanów chorobowych, zabiegów lub operacji, bez ograniczenia liczby świadczeń możliwych do wypłaty w roku polisowym oraz bez ograniczania częstotliwości wypłat.
- b) Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za wystąpienie kolejnego poważnego zachorowania w okresie trwania umowy ubezpieczenia, o ile nie istnieje związek przyczynowo - skutkowy z innym zachorowaniem, za które Wykonawca wypłacił już świadczenie z tytułu poważnego zachorowania.

- c) Minimalny katalog poważnych zachorowań powinien obejmować co najmniej następujące schorzenia: zawał serca, chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych – by-pass, nowotwór złośliwy, udar mózgu, niewydolność nerek, choroba Creutzfelda – Jakoba, zakażenie wirusem HIV (w związku z wykonywaniem obowiązków zawodowych), zakażenie wirusem HIV (zakażenie w wyniku transfuzji krwi), sepsa, wścieklizna, anemia aplastyczna, bąblowiec mózgu, masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie, odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu, ropień mózgu, tężec, zgorzel gazowa, oparzenia, transplantacja organów, utrata wzroku, łagodny guz mózgu, choroba Parkinsona, borelioza, choroba aorty brzusznej, choroba aorty piersiowej, gruźlica, przewlekłe zapalenie wątroby typu B lub C, utrata kończyn skutek choroby, utrata słuchu, wada serca, choroba neuronu ruchowego, choroba Huntingtona, bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo – rdzeniowych, zakażona martwica trzustki, bakteryjne zapalenie wsierdza, stwardnienie rozsiane, choroba Alzheimera, angioplastyka wieńcowa, operacja zastawek serca, dystrofia mięśni, schyłkowa niewydolność wątroby.
- d) Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania w związku z przyczynami opisanymi w SWZ w klauzulach wyłączeń dotyczących zgonu ubezpieczonego oraz klauzuli wyłączeń w odniesieniu do następstw nieszczęśliwych wypadków.
- e) Nie dopuszcza się uzależniania wypłaty kolejnego świadczenia od czasu, jaki minął od wypłaty świadczenia z tytułu innego poważnego zachorowania, które nie jest powiązane z danym zachorowaniem przyczynowo - skutkowo.
- f) Po wypłacie świadczenia z tytułu poważnego zachorowania odpowiedzialność Wykonawcy wygasa wobec ubezpieczonego w zakresie tego zachorowania.

**18) Poważne zachorowanie małżonka/partnera ubezpieczonego**

- a) Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia w wysokości określonej w tabeli oczekiwanych świadczeń u małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego któregośkolwiek z wymienionych w katalogu stanów chorobowych, zabiegów lub operacji, bez ograniczenia liczby świadczeń możliwych do wypłaty w roku polisowym, bez ograniczania częstotliwości wypłat oraz bez względu na wiek małżonka/partnera w dacie zdarzenia;
- b) Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za wystąpienie kolejnego poważnego zachorowania w okresie trwania umowy ubezpieczenia, o ile nie istnieje związek przyczynowo - skutkowy z innym zachorowaniem, za które Wykonawca wypłacił już świadczenie z tytułu poważnego zachorowania;
- c) Minimalny katalog poważnych zachorowań powinien obejmować co najmniej następujące schorzenia: zawał serca, chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych – by-pass, nowotwór złośliwy, udar mózgu, niewydolność nerek, choroba Creutzfelda – Jakoba, zakażenie wirusem HIV (w związku z wykonywaniem obowiązków zawodowych), zakażenie wirusem HIV (zakażenie w wyniku transfuzji krwi), sepsa, wścieklizna, anemia aplastyczna, bąblowiec mózgu, masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie, odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu, ropień mózgu, tężec, zgorzel gazowa, oparzenia, transplantacja organów, utrata wzroku, łagodny guz mózgu, choroba Parkinsona, borelioza, choroba aorty brzusznej, choroba aorty piersiowej, gruźlica, przewlekłe zapalenie wątroby typu B lub C, utrata kończyn skutek choroby, utrata słuchu, wada serca, choroba neuronu ruchowego, choroba Huntingtona, bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo – rdzeniowych,

zakażona martwica trzustki, bakteryjne zapalenie wsierdza, stwardnienie rozsiane, choroba Alzheimera, angioplastyka wieńcowa, operacja zastawek serca, dystrofia mięśni, schyłkowa niewydolność wątroby.

- d) Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania małżonka/partnera w związku z przyczynami opisanymi w SWZ w Klauzulach wyłączeń dotyczących zgonu ubezpieczonego oraz Klauzuli wyłączeń w odniesieniu do następstw nieszczęśliwych wypadków.
- e) Nie dopuszcza się uzależniania wypłaty kolejnego świadczenia od czasu, jaki minął od wypłaty świadczenia z tytułu innego poważnego zachorowania, które nie jest powiązane z danym zachorowaniem przyczynowo – skutkowo;
- f) Po wypłacie świadczenia z tytułu poważnego zachorowania odpowiedzialność wykonawcy wygasa wobec małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego w zakresie tego zachorowania.

#### **19) Poważne zachorowanie dziecka ubezpieczonego**

- a) Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia w wysokości określonej w tabeli oczekiwanych świadczeń w przypadku wystąpienia u dziecka ubezpieczonego po raz pierwszy któregośkolwiek z wymienionych w katalogu stanów chorobowych, zabiegów lub operacji, bez ograniczenia liczby świadczeń możliwych do wypłaty w roku polisowym oraz bez ograniczania częstotliwości wypłat;
- b) Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za wystąpienie kolejnego poważnego zachorowania w okresie trwania umowy ubezpieczenia, o ile nie istnieje związek przyczynowo - skutkowy z innym zachorowaniem, które wystąpiło u dziecka ubezpieczonego;
- c) Minimalny katalog poważnych zachorowań dziecka – zgodnie z ofertą Wykonawcy.
- d) Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania w związku z przyczynami opisanymi w SWZ w Klauzulach wyłączeń dotyczących zgonu ubezpieczonego oraz Klauzuli wyłączeń w odniesieniu do następstw nieszczęśliwych wypadków.
- e) Po wypłacie świadczenia z tytułu poważnego zachorowania odpowiedzialność wykonawcy wygasa wobec dziecka ubezpieczonego w zakresie tego zachorowania.

#### **20) Leczenie specjalistyczne ubezpieczonego.**

- a) Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty ubezpieczonemu świadczenia w wysokości nie niższej niż określona w tabeli minimalnych oczekiwanych świadczeń w przypadku zastosowania u ubezpieczonego określonych leczniczych procedur medycznych;
- b) Świadczenie wypłacane jest niezależnie od świadczenia z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego;
- c) Zamawiający dopuszcza ograniczenia odpowiedzialności Wykonawcy oraz zasady wypłaty świadczeń analogiczne jak w przypadku odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego;
- d) Nie dopuszcza się uzależniania wypłaty świadczenia od stanu zdrowia ubezpieczonego przed przystąpieniem do umowy, zdarzeniem ubezpieczeniowym jest zastosowanie procedury leczniczej a nie data zaistnienia jej przyczyny;

- e) Nie dopuszcza się uzależniania wypłaty kolejnego świadczenia od czasu jaki minął od wypłaty świadczenia z tytułu innego leczenia specjalistycznego, które nie jest powiązane z danym leczeniem specjalistycznym przyczynowo – skutkowo;
- f) Po wypłacie świadczenia z tytułu leczenia specjalistycznego odpowiedzialność wykonawcy wygasa w zakresie tego rodzaju leczenia.

## 21) Operacje chirurgiczne ubezpieczonego

- a) **Operacja chirurgiczna** - zabieg chirurgiczny, wykonany w warunkach do tego przystosowanych (zgodnie z przepisami prawa), w placówce publicznej lub niepublicznej, w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, przeprowadzony w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu lub w celu profilaktycznego całkowitego usunięcia narządu u nosiciela mutacji genowej zwiększającej ryzyko wystąpienia nowotworu złośliwego, bez względu na metodę wykonania;
- b) W tabeli minimalnych oczekiwanych świadczeń, wskazane zostało minimalne akceptowalne świadczenie, wynoszące 10% sumy ubezpieczenia;
- c) W zakresie zdarzenia podana wysokość świadczenia za przeprowadzenie konkretnego zabiegu operacyjnego u ubezpieczonego powinna być uzależniona od klasy (kategorii) operacji, do której został ten zabieg zakwalifikowany. Podział na kategorie (klasy) operacji powinien być dokonywany w oparciu o stopień trudności (skomplikowania) operacji;
- d) Katalog objętych ochroną ubezpieczeniową zabiegów operacyjnych powinien stanowić załącznik do oferty ubezpieczenia;
- e) Jeśli przeprowadzony u ubezpieczonego zabieg nie znajduje się w katalogu ubezpieczyciela, zobowiązany jest on wypłacić świadczenie w wysokości co najmniej świadczenia najniższego opisanego w tabeli oczekiwanych świadczeń.
- f) Nie dopuszcza się możliwości ograniczenia liczby świadczeń możliwych do wypłaty dla danego ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia oraz ograniczania częstotliwości wypłat w roku polisowym;
- g) Nie dopuszcza się uzależniania wypłaty świadczenia od stanu zdrowia ubezpieczonego przed przystąpieniem do umowy, zdarzeniem ubezpieczeniowym jest wykonanie procedury medycznej, a nie data zaistnienia jej przyczyny;
- h) Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności z tytułu operacji chirurgicznej w związku z przyczynami opisanymi w SWZ w Klauzulach wyłączeń dotyczących zgonu ubezpieczonego oraz Klauzuli wyłączeń w odniesieniu do następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z:
  - i. wyczynowym uprawianiem przez ubezpieczonego sportu;
  - ii. rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego sportów walki, motorowych, motorowodnych, lotniczych, wspinaczki skałkowej lub wysokogórskiej, speleologii, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, skokami do wody, skokami na linie (bungee jumping);
  - iii. operacją, w której ubezpieczony był dawcą organów lub narządów;
  - iv. kosmetycznej lub plastycznej, implantowania zębów, z wyjątkiem operacji chirurgicznej niezbędnej do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Wykonawcy;
  - v. przeprowadzonej w celu antykoncepcyjnym, powiększenia piersi oraz zmiany płci;
  - vi. wykonanej w celach diagnostycznych;
  - vii. związanej z usunięciem ciał obcych metodą endoskopową;

- viii. wymianą wszczepionego na stałe urządzenia, sztucznego narządu lub części sztucznego narządu;
  - ix. była to kolejna operacja chirurgiczna tego samego narządu i pozostawała w związku przyczynowo - skutkowym z pierwszą operacją wykonaną, aby leczyć ten sam stan chorobowy lub skutki tego samego nieszczęśliwego wypadku (reoperacja).
- 22) **Pakiet Assistance** – świadczenia assistance dla pracownika oraz jego małżonka/partnera oraz dzieci na warunkach zgodnych z OWU Wykonawcy.

## 6. Postanowienia dodatkowe

- 1) W klauzulach: wyłączeń z tytułu zgonu i wyłączeń w odniesieniu do następstw nieszczęśliwych wypadków oraz pozostałych zapisach warunkujących ochronę ubezpieczeniową podano katalog maksymalnych wyłączeń oraz zapisów ograniczających odpowiedzialność ubezpieczyciela.
- 2) Ubezpieczyciel nie będzie stosował ograniczeń i wyłączeń w ramach udzielanej ochrony (w pełnym zakresie ubezpieczenia) w związku ze skażeniem jądrowym, biologicznym lub chemicznym lub w związku z ogłoszonym stanem epidemii, pandemii, stanu klęski żywiołowej, stanu wyjątkowego oraz w przypadku zachorowania przez ubezpieczonego/współubezpieczonych na chorobę będącą podstawą ogłoszenia ww. stanów zagrożenia.
- 3) Jeżeli Wykonawca wprowadzi w ofercie dodatkowe ograniczenia aniżeli te, które wynikają z SWZ lub obowiązujących postanowień OWU danego Wykonawcy to Zamawiający zastrzega, że takie wyłączenia/ograniczenia uzna za sprzeczne z SWZ.
- 4) Zamawiający nie dopuszcza możliwości dokonywania zmian warunków ubezpieczenia w stosunku do OWU obowiązujących w dacie ogłoszenia postępowania, które to zmiany mogłyby mieć wpływ na zawężenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej wobec pracowników Zamawiającego.
- 5) W przypadku rozbieżności pomiędzy zapisami SWZ a Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia, pierwszeństwo mają zapisy SWZ.
- 6) Jeżeli Ogólne Warunki Ubezpieczenia Wykonawcy w ramach zakresu opisanego w tabeli oczekiwanych świadczeń, oferują szerszy zakres ubezpieczenia niż opisany w SWZ, automatycznie zostają włączone do ochrony ubezpieczeniowej Zamawiającego.
- 7) Zamawiający akceptuje odmienną treść definicji, o ile nie zawęży ona zakresu ochrony i uprawnień ubezpieczonych w stosunku do założeń SWZ.
- 8) Jeżeli Wykonawca nie wskaże w OWU któregoś z ryzyk objętych zakresem ubezpieczenia, Zamawiający przyjmie, że warunki udzielania ochrony ubezpieczeniowej opisują wyłącznie zapisy uwzględnione w SWZ.
- 9) W przypadku śmierci ubezpieczonego, niezgłoszone z przyczyn niezależnych od woli ubezpieczonego należne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu, pobytu na OIOM/OIT/OAIT, poważnego zachorowania oraz operacji chirurgicznych przysługują spadkobiercom i nie pomniejszają wypłaty świadczenia z tytułu śmierci.
- 10) Wykonawca zagwarantuje wypłatę jednorazowego wynagrodzenia dla pracownika organizującego czynności przygotowawcze przed wdrożeniem nowego ubezpieczenia, w wysokości zwyczajowo przyjętej przez Wykonawcę.
- 11) W związku z doprowadzeniem do zawarcia umowy ubezpieczenia w ramach przedmiotowego postępowania, Nord Partner Sp. z o.o. przysuguje od Wykonawcy kurtaż w wysokości 15% inkasa składki.



- 12) Zamawiający wymaga, aby Wykonawca na wezwanie przedstawiał Zamawiającemu zestawienie wypłaconych świadczeń, z uwzględnieniem liczby świadczeń i łącznej wartości wypłaconych świadczeń w podziale na poszczególne zdarzenia, po upływie każdego półrocznego okresu umowy, nie później niż do 30 dnia następującego po upływie półrocza udzielanej ochrony.

## 7. Klauzule fakultatywne (dodatkowo punktowane):

**Klauzula nr 1 – Klauzula podniesienia wysokości świadczenia z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego** - Wykonawca zagwarantuje dodatkową wypłatę świadczenia z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego w wysokości 2 000 zł w każdym z oczekiwanych wariantów ubezpieczenia z zachowaniem warunków wypłaty świadczenia opisanych w niniejszej SWZ.

**Klauzula nr 2 – Klauzula podniesienia wysokości świadczenia z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczonego** - Wykonawca zagwarantuje dodatkową wypłatę świadczenia w wysokości 2 000 zł w każdym z oczekiwanych wariantów ubezpieczenia z zachowaniem warunków wypłaty świadczenia opisanych w niniejszej SWZ.

### **Klauzula nr 3 – Klauzula definicji nowotworu**

Wykonawca zagwarantuje, że na potrzeby realizacji umowy ubezpieczenia przez **nowotwór złośliwy** (w pełnym zakresie ubezpieczenia) należy roznieć chorobę zdiagnozowaną zgodnie z aktualną wiedzą medyczną (opisaną w klasyfikacji ICD-10) jako nowotwór złośliwy, potwierdzoną przez lekarza specjalistę (w szczególności onkologa) na podstawie badania histopatologicznego. Nie dopuszcza się uzależniania wypłaty świadczenia od wielkości guza.

### **Klauzula nr 4 - Klauzula rozszerzenia definicji nowotworu o carcinoma in situ.**

Wykonawca zagwarantuje, że na potrzeby realizacji umowy ubezpieczenia w zakresie poważnego zachorowania ubezpieczonego/małżonka/partnera ubezpieczonego rozszerzy definicję nowotworów o nowotwory wykazujące zmiany typu carcinoma in situ. Oczekiwane świadczenie do wypłaty to min. 20% świadczenia wypłacanego w przypadku z tytułu nowotworu złośliwego o wyższym stopniu zaawansowania.

### **Klauzula nr 5 - Klauzula zniesienia górnego ograniczenia wieku dziecka w zdarzeniu zgonu dziecka (bez względu na przyczynę)**

Wykonawca zagwarantuje wypłatę świadczenia z powodu śmierci dziecka ubezpieczonego bez względu na wiek dziecka w momencie jego zgonu.

### **Klauzula nr 6 - Klauzula rozszerzenia zakresu ochrony z tytułu leczenia szpitalnego ubezpieczonego o świadczenia należne w związku z pobytem na szpitalnym oddziale psychiatrycznym**

- a) Zamawiający oczekuje świadczenia dziennego w wysokości świadczenia przysługującego w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą.
- b) Zamawiający dopuszcza ograniczenie liczby dni za które Wykonawca wypłaci świadczenie do 30 w roku polisowym.



- c) Pozostałe warunki uznania zasadności roszczenia zgodne z obligatoryjnymi zapisami niniejszej SWZ.

**Klauzula nr 7 - Klauzula rozszerzenia zakresu ochrony z tytułu leczenia szpitalnego ubezpieczonego o świadczenia należne w związku z pobytem rehabilitacyjnym.**

- a) Zamawiający oczekuje świadczenia dziennego w wysokości świadczenia przysługującego w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą.
- b) Zamawiający dopuszcza ograniczenie liczby dni za które Wykonawca wypłaci świadczenie do 30 w roku polisowym.
- c) Pozostałe warunki uznania zasadności roszczenia zgodne z obligatoryjnymi zapisami niniejszej SWZ.
- d) Świadczenie jest niezależne od prawa do świadczenia związanego z rehabilitacją wynikającego z definicji pobytu w szpitalu.