

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

OKRES UBEZPIECZENIA, WARUNKI PŁATNOŚCI ZAMÓWIENIA

Przewidywany termin realizacji zamówienia: 01-07-2021 r – 30-06-2023 r.

Przez pojęcie „termin realizacji zamówienia” rozumie się przedział czasowy, w którym udzielona jest ochrona ubezpieczeniowa zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia.

Sposób i forma płatności: składka będzie opłacana miesięcznie przelewem przez Zamawiającego na numer konta bankowego podany Zamawiającemu przez Wykonawcę. Termin przekazywania składek określa się najpóźniej do 15 dnia miesiąca, za który są należne. W przypadku, gdy dzień płatności, tak określony przypadnie w dzień świąteczny lub wolny od pracy u Zamawiającego realizacja nastąpi w najbliższym dniu roboczym po tym terminie.

Składka za każdy miesięczny okres ochrony będzie obliczana jako iloczyn ilości osób aktualnie objętych ochroną ubezpieczeniową i wysokości składki miesięcznej jednostkowej.

POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE STOSOWANIA OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA w UMOWIE UBEZPIECZENIA

1. Wskazane przez Wykonawcę w Formularzu ofertowym ogólne warunki ubezpieczenia lub inne wzorce umowy (dalej OWU) będą mieć zastosowanie do zawartej umowy tylko w kwestiach nieuregulowanych w SWZ, a w odniesieniu do warunków fakultatywnych w kwestiach nieokreślonych także w Formularzu ofertowym. W przypadku sprzeczności treści OWU z postanowieniami określonymi w SWZ lub w Formularzu ofertowym strony związane są postanowieniami określonymi w SWZ lub w Formularzu ofertowym.
2. OWU Wykonawcy nie są częścią oferty, a Zamawiający nie będzie badał ich zgodności z SWZ, nawet jeśli Wykonawca dołączy je do oferty.
3. Wykonawca ma prawo dostosować zakres ochrony wynikający z OWU do zakresu określonego przez Zamawiającego jako zakres minimalny, poprzez dołączenie do oferty postanowień zmieniających postanowienia OWU, dalej zwanych postanowieniami dodatkowymi. Zastosowanie postanowień dodatkowych będzie podlegać ocenie. W przypadku niezgodności treści postanowień dodatkowych z treścią SWZ oferta zostanie odrzucona.
4. W przypadku braku określonych przez Wykonawcę postanowień dodatkowych, jeśli OWU przewidują warunki korzystniejsze od określonych w SWZ warunków minimalnych, to zastosowanie będą miały w tym zakresie postanowienia OWU. Niniejsze postanowienie nie dotyczy rozszerzeń podstawowego zakresu ochrony wynikających z OWU, które nie zostały przez Zamawiającego określone w zakresie minimalnym, ani przyjęte przez Wykonawcę w ramach zakresu fakultatywnego.

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Niniejszy Załącznik zawiera szczegółowy opis zakresu oraz minimalne warunki ubezpieczenia. Złożenie oferty obejmującej warunki ubezpieczenia obejmujące postanowienia zmieniające zakres minimalny nie podlegający zmianom doprowadzi do odrzucenia oferty. W załączniku umieszczone zostały klauzule fakultatywne podlegające ocenie oraz odpowiednio punktowane.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WARUNKI MINIMALNE

1. Zamówienie obejmuje grupowe ubezpieczenie na życie pracowników Zamawiającego, małżonków, partnerów życiowych oraz pełnoletnich dzieci.
2. Przewidywana liczba osób, mogących skorzystać z ubezpieczenia to **360 osób**. Aktualnie ubezpieczonych pracowników, współmałżonków i pełnoletnich dzieci: wg stanu na dzień 30.01.2021r to 357 osób.
(wykaz struktury wiekowo-płciowej aktualnie zatrudnionych pracowników Ubezpieczającego oraz współmałżonków i pełnoletnich dzieci zawiera Załącznik nr 2A).
3. Zamawiający nie gwarantuje, iż wszyscy pracownicy, ich współmałżonkowie oraz pełnoletnie dzieci przystąpią do ubezpieczenia, gdyż jest to ubezpieczenie dobrowolne i Zamawiający nie może zobowiązać pracowników i członków ich rodzin, aby do niego przystąpili.
4. Jeżeli do ubezpieczenia przystąpi mniej niż 50% aktualnie ubezpieczonych osób w okresie 3 miesięcy od momentu podpisania umowy – uprawnia Zamawiającego do wypowiedzenia umowy z zachowaniem 3 miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
5. Pracownicy, współmałżonkowie, partnerzy życiowi, którzy ukończyli 16 rok życia i nie ukończyli 70 roku życia, mogą przystąpić do ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że do ubezpieczenia będą mogli przystąpić maksymalnie 3 osoby powyżej 70 roku życia będące aktualnie ubezpieczone przez Zamawiającego a także pełnoletnie dzieci, które ukończyły 18 rok życia.
6. Odpowiedzialność Wykonawcy na rzecz Ubezpieczonego w pełnym zakresie ubezpieczenia, kończy się w dniu rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat. W przypadku osób przekraczających ten wiek i będących nadal pracownikami następuje przedłużenie odpowiedzialności, dla całego zakresu ubezpieczenia do czasu trwania stosunku prawnego związanego go z Ubezpieczającym.
7. Przystąpić do ubezpieczenia będą mogli małżonkowie, partnerzy życiowi oraz pełnoletnie dzieci pracowników, którzy będą mogli dołączyć do tego samego wariantu co pracownik lub wariantu z niższą składką. Wykonawca nie może określać minimalnego poziomu partycypacji dla współmałżonków i pełnoletnich dzieci.
8. Wykonawca zobowiązuje się nie uzależniać przystępowania pracowników Zamawiającego, ich małżonków, partnerów życiowych oraz pełnoletnich dzieci, od wyników badań lekarskich, ankiet medycznych oraz podobnych dokumentów, w oparciu których może być weryfikowany ich stan zdrowia. W przypadku dotychczas

nieubezpieczonych współmałżonków i pełnoletnich dzieci dopuszcza się zastosowanie oświadczenia o stanie zdrowia.

9. Wykonawca zobowiązuje się do przyjęcia do ubezpieczenia wszystkich osób przebywających na zwolnieniach lekarskich, urlopach macierzyńskich i wychowawczych, urlopach bezpłatnych, z orzeczoną niezdolnością do pracy, o ile osoby te były ubezpieczone w dotychczas funkcjonującej umowie ubezpieczenia grupowego na życie, a składka ubezpieczeniowa, przekazywana jest za te osoby przez Zamawiającego łącznie ze składką za pozostałych uprawnionych lub indywidualnie przez te osoby na wskazane konto bankowe.
10. Ubezpieczenie składać się będzie z dwóch wariantów o różnym zakresie ochrony i wysokości świadczeń wypłacanych z tytułu objętych ochroną zdarzeń. Każdy z uprawnionych dokonuje swobodnego wyboru jednego wariantu w ramach, którego chce być ubezpieczony. W zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia, pracownik wyraża zgodę na potrącanie przez Zamawiającego odpowiedniej wysokości składki z comiesięcznego wynagrodzenia.
11. Oferta nie może zakładać różnic w warunkach i zakresie odpowiedzialności oraz wysokości składki ubezpieczeniowej w stosunku do przystępujących do ubezpieczenia pracowników i ich małżonków, partnerów życiowych oraz pełnoletnich dzieci pracowników
12. Po wejściu w życie umowy Wykonawca zobowiązuje się do sporządzenia i dostarczenia Ubezpieczającemu certyfikatów ubezpieczenia dla każdego pracownika/osoby objętej ochroną ubezpieczeniową. Wykonawca może również udostępnić wydruk certyfikatów dla każdego pracownika/osoby objętej ochroną ubezpieczeniową, poprzez system informatyczny do obsługi ubezpieczenia.
13. Wykonawca przyjmuje, iż liczba ubezpieczonych może ulec zmianie w czasie trwania umowy ubezpieczenia.
14. Wykonawca zobowiązuje się do utrzymania zakresu ubezpieczenia oraz składki ubezpieczeniowej i niezmienności warunków, przez cały okres trwania umowy ubezpieczenia.
15. Zamawiający określa miesięczną składkę ubezpieczeniową od jednej osoby ubezpieczonej w wysokości dla Wariantu I wynosi 59,00 zł, zaś dla Wariantu II wynosi 60,00 zł. Wskazane wysokości składek ubezpieczeniowych są wartościami maksymalnymi.
16. Karencje na wszystkie świadczenia z zakresu ubezpieczenia nie mają zastosowania dla przystępujących uprawnionych, w ciągu trzech miesięcy od daty wejścia w życie umowy, z zastrzeżeniem pkt 17
Jak również dla przystępujących do ubezpieczenia w ciągu trzech miesięcy od daty zatrudnienia. Ponadto, jeżeli Ubezpieczony pracownik i osoba przystępująca do ubezpieczenia zawarli związek małżeński po początku ubezpieczenia a współmałżonek deklarację przystąpienia podpisał przed upływem 3 m-cy od daty zawarcia związku małżeńskiego. Jak również, jeżeli dziecko Ubezpieczonego pracownika, które ukończyło 18 rok życia po początku ubezpieczenia podpisało deklarację przed upływem 3 m-cy od daty ukończenia 18 roku życia - karencje na cały zakres nie mają zastosowania.
Po tym terminie, zastosowane w stosunku do Ubezpieczonego karencje mogą dotyczyć jedynie ograniczenia czasowego wypłaty określonych świadczeń przez okres:

- 9 miesięcy dla świadczenia z tytułu urodzenia dziecka,
 - 6 miesięcy dla świadczeń: śmierć Ubezpieczonego, śmierć rodziców oraz śmierć rodziców małżonka/partnera, śmierć małżonka/partnera, śmierć dziecka, urodzenie się martwego dziecka, osierocenie dziecka
 - 180 dni świadczenia z tytułu operacji chirurgicznych, poważne zachorowania małżonka/partnera ubezpieczonego
 - 90 dni dla świadczenia z tytułu poważnych zachorowań ubezpieczonego, leczenia specjalistycznego, poważnych zachorowań dziecka ubezpieczonego
 - 30 dni dla świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu (w tym OIOM/OIT, rekonwalescencję, kartę apteczną).
17. Zasady przystąpienia do ubezpieczenia opisane w pkt 16 mają zastosowanie również dla przystępujących do ubezpieczenia partnerów życiowych, objętych przed podpisaniem umowy grupowym ubezpieczeniem na życie funkcjonującym u Zamawiającego. Dla partnerów życiowych nieubezpieczonych zastosowanie będą miały karencje zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia Wykonawcy..
18. Karencja, nie ma zastosowania jeżeli zdarzenie nastąpiło wskutek nieszczęśliwego wypadku.
19. Dopuszczana będzie przez Wykonawcę możliwość opłacania składek przez zakład pracy w czasie korzystania z urlopu macierzyńskiego, wychowawczego lub bezpłatnego.
20. Zakres terytorialny ubezpieczenia – ubezpieczenie obowiązuje na terenie całego świata, całodobowo, z wyjątkiem:
- pobytu ubezpieczonego w szpitalu - odpowiedzialność może być ograniczona do RP i pozostałych krajów Unii Europejskiej.
 - przeprowadzenia operacji chirurgicznej - odpowiedzialność może być ograniczona do RP.
21. Wykonawca uzna swoją odpowiedzialność i wypłaci świadczenia za skutki stanów chorobowych oraz nieszczęśliwych wypadków, które zaszły przed początkiem okresu odpowiedzialności Wykonawcy, a których skutki ujawniły się po rozpoczęciu okresu odpowiedzialności Wykonawcy. pod warunkiem, iż wcześniejsza umowa ubezpieczenia obejmowała swoim zakresem wymienione w tym punkcie świadczenia i ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia zakończyła się.
22. W przypadku, gdy zajście zdarzenia powoduje powstanie odpowiedzialności Wykonawcy w stosunku do ubezpieczonego z więcej niż jednego zdarzenia objętego ubezpieczeniem, świadczenie ze wszystkich ryzyk zostanie wypłacone w pełnej wysokości bez zastosowania jakichkolwiek potrąceń. Zapis ten dotyczy następujących ryzyk:
- zgonu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy,
 - zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego,
 - zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy,
 - trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku przy pracy,
 - pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego,

- pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy.
23. Za pierwszy pobyt w szpitalu związany z rehabilitacją zmierzająca do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, Wykonawca uznaje odpowiedzialność, jeśli pobyt rozpoczął się w okresie 6 miesięcy od pobytu ubezpieczonego w szpitalu, które jest następstwem tego samego nieszczęśliwego wypadku albo lub tej samej choroby.
24. Zebranie deklaracji/wniosków przystąpienia do ubezpieczenia i przekazanie ich Wykonawcy należeć będzie do obowiązków pracowników Zamawiającego. Jak również do obowiązków pracowników Zamawiającego należeć będzie aktualizacja listy ubezpieczonych w czasie trwania umowy ubezpieczenia (dane dotyczące ubezpieczonego, uposażonego). Pracownik Zamawiającego wyraża zgodę na potrącanie przez Zamawiającego odpowiedniej wysokości składki z comiesięcznego wynagrodzenia. Składka ubezpieczeniowa za członków rodziny (małżonek, partner życiowy, pełnoletnie dziecko) opłaca będzie z wynagrodzenia pracowników Zamawiającego.
25. W przypadku świadczeń bezspornych takich jak;
- urodzenie dziecka
 - urodzenie martwego dziecka
 - śmierć dziecka
 - śmierć rodziców
 - śmierć rodziców współmałżonka/ partnera
- Wykonawca gwarantuje możliwość zgłoszenia roszczenia drogą elektroniczną (poczta e-mail, faks, strona internetowa), bez konieczności potwierdzania dokumentów za zgodność z oryginałem. Jak również wypłatę świadczenia w ciągu 7 dni roboczych, licząc od daty wpływu kompletu niezbędnej dokumentacji do rozpatrzenia roszczenia. W uzasadnionych przypadkach Wykonawca może zawnioskować o wgląd w oryginały dokumentacji .
26. W sytuacji gdy zostaną zgłoszone roszczenia z innych ryzyk, niż tych wymienionych w pkt. 25, Wykonawca zobowiązuje się do wypłaty świadczenia najpóźniej w ciągu 30 dni od daty zgłoszenia świadczenia, w przypadku braku kompletnej dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia roszczenia, wypłata świadczenia nastąpi w terminie 14 dni od daty wpłynięcia lub wyjaśnienia wszystkich okoliczności niezbędnych do ustalenia jego odpowiedzialności. Wykonawca w ciągu 7 dni od daty wpływu roszczenia wyśle do osoby składającej roszczenie pismo z prośbą o uzupełnienie niezbędnej dokumentacji potrzebnej do zakończenia rozpatrzenia roszczenia.
27. Zamawiający wyraża zgodę na wypłatę świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu, na podstawie dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia bez konieczności wykonania badania lekarskiego. Wykonawca gwarantuje możliwość zorganizowania komisji lekarskiej i pokryje jej koszty, jeśli Ubezpieczony wystąpi z uzasadnionym wnioskiem o jej przeprowadzenie.
28. Świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu, będzie ustalał Wykonawca na podstawie oceny procentowej tabeli norm obowiązującej u Wykonawcy i tylko w przypadku uszczerbku skatalogowanego w OWU Wykonawcy oraz po spełnieniu pozostałych warunków Umowy ubezpieczenia, o ile nie będą sprzeczne z postanowieniami SWZ.
29. Wykonawca zobowiązuje się do zapewnienia obsługi grupowego ubezpieczenia na życie na terenie miasta Łodzi, co pozwoli na czynności takie jak:

- przyjmowanie i weryfikację dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia roszczenia,
- przyjmowanie wniosków o zawarcie ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego,
- przeprowadzenie badań lekarskich.

30. 1. Zamawiający i Wykonawca w ramach Umowy ubezpieczenia grupowego nadają każdemu ubezpieczonemu prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia po odejściu z pracy (ustaniu stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego z ubezpieczającym), z gwarancją (dożywotnią) zakresu ochrony ubezpieczeniowej oraz warunków ubezpieczenia w tym wysokości miesięcznej składki ubezpieczeniowej.

2. Staż wymagany do nabycia prawa do indywidualnej kontynuacji – 6 miesięcy (z uwzględnieniem udokumentowanego stażu z „dotychczasowego” ubezpieczenia.) Wniosek o zawarcie ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego musi być złożony najpóźniej przed upływem 6 miesięcy, od opłaty ostatniej składki w ubezpieczeniu grupowym, z zastrzeżeniem, iż w przypadku, gdy wniosek zostanie złożony w ciągu trzech miesięcy kontynuacja ubezpieczenia nie będzie objęta karencją.

3. Składka ubezpieczeniowa przy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia: miesięczna stopa składki od każdego tysiąca sumy ubezpieczenia za jednego ubezpieczonego (stawka za każdy jeden tysiąc sumy ubezpieczenia) – nie może być wyższa niż 7 zł.

Minimalny obligatoryjny zakres kontynuacji powinien obejmować :

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

31. Wykonawca winien złożyć ofertę zgodnie z zakresem i wysokością świadczeń, które podane zostały w tabeli:

Lp	Zakres ubezpieczenia	Wariant I	Wariant II
1.	Śmierć ubezpieczonego	60 000,00 zł	70 000,00 zł

2.	Śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	130 000,00 zł	140 000,00 zł
3.	Śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy	200 000,00 zł	250 000,00 zł
4.	Śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego	200 000,00 zł	250 000,00 zł
5.	Śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy	250 000,00 zł	300 000,00 zł
6.	Śmierć ubezpieczonego w wyniku zawału serca/ mięśnia sercowego lub udaru mózgu	80 000,00 zł	100 000,00 zł
7.	Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku:		
	- za 1% trwałego uszczerbku	450,00 zł	500,00 zł
	- za 100% trwałego uszczerbku	45 000,00 zł	50 000,00 zł
8.	Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu		
	- za 1% trwałego uszczerbku	450,00 zł	500,00 zł
	- za 100% trwałego uszczerbku	45 000,00 zł	50 000,00 zł
9.	Śmierć małżonka / partnera	10 000,00 zł	14 000,00 zł
10.	Śmierć małżonka / partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku*	20 000,00 zł	28 000,00 zł
11.	Śmierć rodziców / rodziców małżonka / rodziców partnera	2 200,00 zł	2 400,00 zł
12.	Śmierć rodziców / rodziców małżonka / rodziców partnera ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku*	4 400,00 zł	4 800,00 zł
13.	Śmierć dziecka bez względu na wiek	3 000,00 zł	3 000,00 zł
14.	Śmierć dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku*	6 000,00 zł	6 000,00 zł
15.	Urodzenie się dziecka	2 000,00 zł	-
16.	Urodzenie martwego dziecka / zgon noworodka	4 000,00 zł	-
17.	Osierocenie dziecka (do 18 lub 25 roku życia dziecka, jeśli się uczy)	4 000,00 zł	4 500,00 zł
18.	Poważne zachorowania ubezpieczonego	7 000,00 zł	8 000,00 zł
		40 chorób	40 chorób
19.	Poważne zachorowania małżonka ubezpieczonego	5 000,00 zł	5 000,00 zł
		40 chorób	40 chorób
20.	Operacje chirurgiczne – suma ubezpieczenia	4 000,00 zł	5 000,00 zł
21.	Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku: Skrócony czas pobytu w szpitalu!	2 dni – choroba 1 dzień - NW	2 dni – choroba 1 dzień - NW
22.	Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku przy pracy w następstwie wypadku komunikacyjnego (do 14 dnia pobytu/ od 15 dnia pobytu	200,00 /60,00	220,00 /65,00
23.	Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego (do 14 dnia pobytu/ od 15 dnia pobytu)	175,00/60,00	200,00/65,00
24.	Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku przy pracy (do 14 dnia pobytu/ od 15 dnia pobytu)	175,00/60,00	200,00/65,00
25.	Pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku zawału serca/ mięśnia sercowego/ udaru mózgu (do 14 dni pobytu / od 15 dnia pobytu)	75,00/60	90/65
26.	Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (do 14 dni pobytu/ od 15 dnia pobytu)	150,00/60,00	180,00/65,00
27.	Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby	60,00 zł	60,00 zł
28.	Pobyt Ubezpieczonego na Oddziale Intensywnej Terapii	500,00 zł	600,00 zł
29.	Rekonwalescencja/ zwolnienie poszpitalne	25,00 zł/ za dzień, po min 14 dniach w szpitalu	30,00 zł/ za dzień, po min 14 dniach w szpitalu
30.	Operacje chirurgiczne	4 000/2 000/ 1 200/400/400	5000/2 500/ 1 500/500//500
31.	Maksymalny pobyt w szpitalu w roku polisowym	90 dni	90 dni
32.	Leczenie szpitalne małżonka/ partnera – min. 4 dni	100,00 zł	100,00 zł
33.	Leczenie specjalistyczne	2 000,00 zł	4 000,00 zł
34.	Karta/ ryczałt lekowa/y	300,00 zł	300,00 zł

35.	Niezdolność Ubezpieczonego do pracy i samodzielnej egzystencji	10 000,00 zł	20 000,00 zł
36.	Miesięczna składka/cena ubezpieczeniowa na jednego pracownika	Nie więcej niż: 59,00 zł	Nie więcej niż; 60,00 zł

*** Uwaga! Podane w tabeli wysokości świadczeń są wartościami skumulowanymi**

Definicje:

- **ubezpieczony** – osoba fizyczna, pracownik Ubezpieczającego, współmałżonek, partner życiowy lub pełnoletnie dziecko pracownika, którzy są objęci ochroną ubezpieczeniową.
- **ubezpieczający** : Miejskie Przedsiębiorstwo Oczyszczania –Łódź Sp. z o.o. , który zwraca umowę dobrowolnego , grupowego ubezpieczenia na życie w imieniu pracowników, ich współmałżonków, partnerów życiowych oraz pełnoletnich dzieci
- **pracownik** - osoba fizyczna, zatrudniona przez Zamawiającego bez względu na podstawę zatrudnienia i wymiar czasu pracy;
- **współmałżonek** – osoba pozostająca z ubezpieczonym w związku małżeńskim, w stosunku do której nie orzeczono separacji zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
- **partner życiowy** – osoba , nie pozostająca w formalnym związku małżeńskim , niespokrewniona z pracownikiem, z którą pracownik pozostaje we wspólnym pożyciu (pracownik nie może pozostawać w żadnym związku formalnym), wskazana przez pracownika w deklaracji przystąpienia. Za każdym razem gdy w SWZ mowa jest o małżonku to pod tym pojęciem rozumie się też partnera życiowego. Ubezpieczony może wskazać partnera życiowego tylko raz w danym roku polisowym.
- **pełnoletnie dziecko** - dziecko własne, dziecko przysposobione pracownika lub pasierb pracownika (pod warunkiem, że nie żyje matka lub ojciec pasierba), które ukończyło 18 rok życia;
- **dziecko:**
 - a. pod pojęciem dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przysposobione, a także pasierb/ów ubezpieczonego. Ochroną ubezpieczeniową objęte są dzieci bez względu na wiek. Dotyczy świadczeń:
 - zgon dziecka
 - zgon dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku
 - b. pod pojęciem dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przysposobione, a także pasierb/ów ubezpieczonego. Ochroną ubezpieczeniową objęte są dzieci od urodzenia do ukończenia przez dziecko 25 lat lub bez względu na wiek w razie całkowitej niezdolności dziecka do pracy. Niezdolność do pracy powinna zostać stwierdzona przez odpowiedni organ rentowy. Dotyczy świadczeń:
 - osierocenie dziecka
 - wystąpienie u dziecka ciężkiej choroby
- **rodzic** –ojciec lub matka Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a także macocha lub ojczym Ubezpieczonego, o ile nie żyje ojciec lub matka Ubezpieczonego. Dotyczy świadczenia:

- zgon rodziców lub teściów.

- **teść** – ojciec lub matka Współmałżonka Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a także macocha lub ojczym Współmałżonka Ubezpieczonego, o ile nie żyje ojciec lub matka Współmałżonka Ubezpieczonego. Dotyczy świadczenia:
- zgon rodziców lub teściów.
- **nieszczęśliwy wypadek** - nagłe, gwałtowne i niezależne od woli ubezpieczonego i stanu jego zdrowia, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, będące przyczyną zdarzenia objętego ochroną;
- **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek, w którym ubezpieczony uczestniczył jako kierowca lub pasażer pojazdu samochodowego lub był kierującym lub pasażerem pojazdu szynowego, statku wodnego lub powietrznego (rozumianego jako pasażerski samolot koncesjonowanych linii lotniczych, który uległ wypadkowi w związku z ruchem drogowym, wodnym lub powietrznym a także w związku z ruchem pojazdu szynowego).
- **wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego czynności lub poleceń przełożonych w ramach łączącego ubezpieczonego z ubezpieczającym stosunku pracy lub cywilnoprawnego, w ramach którego ubezpieczający opłaca składki na ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych. Wypadkiem przy pracy będzie także wypadek zaistniały w drodze do miejsca pracy i z miejsca pracy do miejsca zamieszkania ubezpieczonego, a także w trakcie delegacji służbowej. W odniesieniu do małżonków, partnerów życiowych i pełnoletnich dzieci pracowników, nie ma wymogu bycia zatrudnionym u Zamawiającego (osoby te muszą wykazać zatrudnienie u innego pracodawcy)
- **trwały uszczerbek na zdrowiu** – uszkodzenie częściowej lub całkowita utrata albo upośledzenie funkcji danego organizmu, narządu lub układu, wskutek nieszczęśliwego wypadku. Upośledzenie czynności musi być trwałe i nierokujące poprawy. Jak również polegające na utracie fizycznej organu, narządu lub układu.
- **urodzenie się dziecka** – potwierdzone aktem urodzenia Ubezpieczonemu w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Za urodzenie dziecka uważa się także przysposobienie dziecka do 3 roku życia;
- **urodzenie martwego dziecka** – urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu, które zmarło podczas porodu lub urodziło się martwe po upływie 22. tygodnia ciąży lub później w rozumieniu przepisów prawa dotyczących porodów i urodzeń w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
- **szpital** – zakład leczenia zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń zdrowotnych chorym, których stan zdrowia wymaga całodobowej opieki lekarsko – pielęgniarskiej. Za szpital w rozumieniu SIWZ nie uważa się hospicjów, zakładów opiekuńczych, placówek leczenia odwykowego, zakładów leczenia uzdrowiskowego (w tym sanatoriów), szpitali uzdrowiskowych, ośrodków rehabilitacji.
- **świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu** – pobyt ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia, poprawie zdrowia oraz jego przywrócenie powinno być wypłacone od pierwszego dnia pobytu w szpitalu z tym, że świadczenie w przypadku choroby będzie wypłacone za **pobyt trwający co najmniej 3 dni** i w przypadku

nieszczęśliwego wypadku **co najmniej 1 dzień** Okres pobytu w szpitalu winien być liczony od daty przyjęcia do szpitala do daty wypisania ze szpitala. Maksymalna ilość dni pobytu w szpitalu, za które przysługuje świadczenie nie może być mniejsza niż 180 dni w każdym okresie kolejnych 12 miesięcy liczonych od daty zawarcia umowy. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za pobyt ubezpieczonego w szpitalu, co najmniej w krajach należących do Unii Europejskiej oraz na terytorium: Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Szwajcarii, Watykanu.

- **OIOM/OIT** – oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii) zapewniający 24 godziny na dobę specjalistyczną opiekę lekarską oraz pielęgniarską. Wyposażony w specjalistyczny sprzęt przeznaczony do ratowania i leczenia chorych w sytuacjach zagrożenia życia. Za OIOM uznaje się także oddział intensywnej opieki kardiologicznej. Świadczenie wypłacane jednorazowo lub za każdy dzień pobytu (minimalnie za 5 dni).
- **rekonwalescencja** – okres powrotu Ubezpieczonego do zdrowia, następujący bezpośrednio po pobycie w szpitalu (trwającym co najmniej 14 dni) potwierdzonym zwolnieniem lekarskim wydanym przez oddział szpitala, na którym Ubezpieczony przebywał. Świadczenie ubezpieczeniowe przysługuje Ubezpieczonemu jeżeli jest on uprawniony jednocześnie do świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu. Maksymalna ilość dni, za które przysługuje świadczenie nie może być mniejsza niż 90 dni w każdym okresie kolejnych 12 miesięcy liczonych od daty zawarcia umowy. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie po jednorazowym pobycie w szpitalu maksymalnie za 30 dni.
- **operacja chirurgiczna** – zabieg chirurgiczny, wykonywany w placówce medycznej na terytorium Unii Europejskiej lub byłego kraju Unii Europejskiej w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym. Wysokość świadczeń konkretnej operacji będzie zgodne z postanowieniami OWU Wykonawcy. Katalog operacji chirurgicznych, będzie zawierał minimum 500 przypadków operacji. Wysokość świadczeń będzie uzależniona od rodzaju (stopnia trudności) operacji , według katalogu operacji obowiązującego u Wykonawcy zgodnie z OWU Wykonawcy. Przy czym za najcięższe (najbardziej skomplikowane operacje medyczne), wypłata świadczenia będzie najwyższa i nie mniejsza niż:
 - 4 000 zł dla Wariantu I
 - 5 000 zł dla Wariantu II

Za najłżejsze (najmniej skomplikowane pod względem medycznym), wypłata świadczenia będzie wynosić nie mniej niż:

- 400 zł dla Wariantu I
- 500 zł dla Wariantu II.

- **poważne zachorowanie Ubezpieczonego** – stan chorobowy objęty odpowiedzialnością Wykonawcy. Minimalny zakres chorób objętych ochroną : zawał serca, zabiegi chirurgiczne na naczyniach wieńcowych (by – pass), nowotwór złośliwy, udar, niewydolność nerek, choroba Creutzfeldta – Jakoba, zakażenie wirusem HIV (w związku z wykonywaniem zawodu oraz w wyniku transfuzji krwi), oparzenia, transplantacja organów, całkowita utrata mowy, paraliż, utrata wzroku, wścieklizna, zgorzel gazowa, borelioza, choroba aorty brzusznej, choroba aorty piersiowej, gruźlica, utrata kończyn, utrata słuchu, wada serca, choroba neuronu ruchowego, choroba Huntingtona, oponiak, choroba Parkinsona,

anemia plastyczna, bąblowiec mózgu, masywny zator tętnicy płucnej, odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu, ropień mózgu, sepsa, tężec, bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, śpiączka, choroba Alzheimera, zakażona martwica trzustki, bakteryjne zapalenie wsierdza, stwardnienie rozsiane, wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C, Covid- 19.

za które Wykonawca wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w tabeli świadczeń. W przypadku związku przyczynowo skutkowego wystąpienia dwóch lub więcej jednostek chorobowych wykonawca płaci tylko za jedno poważne zachorowanie. Zamawiający dopuszcza definicje w/w chorób zgodnie z OWU Wykonawcy.

- **poważne zachorowanie małżonka Ubezpieczonego** - stan chorobowy objęty odpowiedzialnością Wykonawcy. Minimalny zakres chorób objętych ochroną : **j.w** za które Wykonawca wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w tabeli świadczeń. Zamawiający dopuszcza definicje w/w chorób zgodnie z OWU Wykonawcy.
- **leczenie specjalistyczne** - przedmiotem ubezpieczenia jest przeprowadzenie u ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy przynajmniej następujących zabiegów: chemioterapii albo radioterapii, terapii interferonowej, wszczepienia kardiowertera / defibrylatora, wszczepienia rozrusznika serca, ablacji. W przypadku przeprowadzenia zarówno radioterapii i chemioterapii dopuszcza się wypłatę tylko jednego z wymienionych świadczeń. W pozostałych przypadkach przysługuje jedno świadczenie w związku z tym samym leczeniem specjalistycznym. Wysokość świadczenia równa się 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie. Zamawiający dopuszcza definicje w/w zabiegów zgodnie z OWU Wykonawcy.
- **karta/ryczałt lekowa/y** - Dodatkowe świadczenie na zakup leków, środków opatrunkowych itp. dostępnych w aptece. W przypadku wystąpienia w okresie odpowiedzialności Wykonawcy, pobytu w szpitalu objętego jego odpowiedzialnością, przyznane zostanie ubezpieczonemu dodatkowe świadczenie pieniężne lub – poprzez wydanie specjalnej karty – prawo do bezgotówkowego odbioru w aptece produktów w niej dostępnych, o wartości do 300 zł. Świadczenie będzie przysługiwało ubezpieczonemu maksymalnie za 3 pobyty w szpitalu objęte odpowiedzialnością Wykonawcy, w każdym 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia.

KLAUZULE FAKULTATYWNE które Wykonawca zaoferuje dodatkowo i które będą podlegały ocenie zgodnie z kryterium wyboru ofert opisanym w SWZ. (PODLEGAJĄCE OCENIE)

1. **Aplikacja informatyczna** - możliwość obsługi programu ubezpieczeniowego za pośrednictwem aplikacji informatycznej funkcjonalnej na dzień złożenia oferty spełniającej minimum następujące warunki :
 - możliwość pobrania druków obsługowych np. deklaracji przystąpienia, zmiany
 - prowadzenie ewidencji osób objętych ubezpieczeniem
 - ewidencjonowanie osób przystępujących i występujących z programu
 - dokonywanie zmian danych osobowych

- możliwość zgłaszania roszczeń ubezpieczonych

- 2. Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu w sanatorium** – Wykonawca przyzna świadczenie w przypadku skierowania Ubezpieczonego na leczenie sanatoryjne asygnowane przez NFZ, ZUS lub KRUS. Świadczenie przyznane będzie jeden raz w każdym okresie kolejnych 12 miesięcy liczonych od daty zawarcia umowy w wysokości 500 zł. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu tylko jedno świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w sanatorium związanego – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą.

Kwota świadczenia to 500,00 zł

- 3. Klauzula rozszerzająca zakres ochrony o pobyt dziecka w szpitalu** – Wykonawcom, którzy zaproponują i włączą do zakresu ubezpieczenia świadczenie z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, przyznane zostaną punkty zgodnie z Kryterium Ocen nr .

Warunki niezbędne (minimalne):

- ubezpieczenie obejmuje, spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem pobyt dziecka w szpitalu, w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.

pobyt w szpitalu – całodobowy pobyt ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia, trwający nieprzerwanie min. 4 dni.

- zakres terytorialny – terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

- szpital – zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń zdrowotnych tym chorym, których stan zdrowia wymaga całodobowej opieki lekarsko-pielęgniarskiej. Za szpital w rozumieniu SIWZ nie uważa się hospicjów, placówek lecznictwa odwykowego, zakładów opiekuńczych, zakładów lecznictwa uzdrowiskowego (w szczególności: sanatoriów), szpitali uzdrowiskowych, ośrodków rehabilitacyjnych, szpitali rehabilitacyjnych oraz oddziałów dziennych i oddziałów rehabilitacyjnych.

- dopuszczalne ograniczenia czasu pobytu w szpitalu objętego ochroną ubezpieczeniową – 90 dni w roku polisowym.

Suma ubezpieczenia to 5.000 zł

- 4. Klauzula uprawniająca do zniżek marketingowych w wybranych ubezpieczeniach majątkowych** – Ubezpieczyciel przyzna prawo do zniżek w ubezpieczeniach majątkowych, komunikacyjnych i osobowych osobom, które przystąpią do ubezpieczenia grupowego w wysokości 10%

- 5. Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność terytorialną ubezpieczyciela za świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu** - polega na rozszerzeniu zakresu terytorialnego świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu na terytorium całego świata