

**PROGRAM UBEZPIECZENIA**

Przedmiot zamówienia obejmuje grupowe ubezpieczenie pracowników, ich współmałżonków lub partnerów życiowych i pełnoletnich dzieci pracowników **Szpitala Wielospecjalistycznego im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu**. Obecnie w szpitalu pracuje 1 386 osób (pracownicy oraz osoby fizyczne pracujące w szpitalu na podstawie umów cywilno-prawnych), zgodnie z załącznikiem nr 6 do SIWZ – struktura płciowo-wiekowa.

Lp.	Ubezpieczający	ADRES	REGON	Liczba pracowników oraz osób fizycznych pracujących w szpitalu na podstawie umów cywilno-prawnych	Szacowana liczba osób do ubezpieczenia
1	Szpital Wielospecjalistyczny im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu	ul. Poznańska 97 88-100 Inowrocław	092358780	<b>1 386</b>	<b>1 643</b>

Podana liczba osób zatrudnionych nie stanowi zobowiązania Zamawiającego, iż wszystkie osoby przystąpią do ubezpieczenia. Dane te mają charakter informacyjny, w okresie obowiązywania umowy mogą ulec zmianie. Zamawiający opłaci składki osób, które faktycznie przystąpią do ubezpieczenia.

**Część I****Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia – wymagania obligatoryjne**

1. Termin realizacji zamówienia: **36 miesięcy, od 1 kwietnia 2020 r. do 31 marca 2023 r.**
1. Zamówienie dotyczy grupowego ubezpieczenia na życie pracowników, ich współmałżonków lub partnerów życiowych oraz pełnoletnich dzieci w **Szpitalu Wielospecjalistycznym im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu** (informację o strukturze wiekowo-płciowej zawiera Załącznik nr 6). Zamawiający nie gwarantuje, że wszyscy pracownicy przystąpią do ubezpieczenia, a zawiązanie umowy ubezpieczenia będzie uwarunkowane indywidualną decyzją każdego pracownika.
2. Za pracowników Zamawiającego uważa się również osoby fizyczne przyjmujące zlecenie lub świadczące usługi na rzecz Zamawiającego na podstawie umów cywilnoprawnych.
3. Wykonawca obejmie ubezpieczeniem na życie pracowników, współmałżonków oraz pełnoletnie dzieci pracowników (również dotychczas nieubezpieczonych) bez okresu karencji, w pełnym zakresie, jeżeli pracownicy, małżonkowie oraz pełnoletnie dzieci pracowników przystąpią do ubezpieczenia przez pierwsze 3 miesiące od daty początku ochrony ubezpieczeniowej określonej w polisie lub innym dokumencie umowy ubezpieczenia lub nawiązania stosunku prawnego, jeżeli stosunek prawny ubezpieczonego z Ubezpieczającym powstał po początku ochrony ubezpieczeniowej. **Zniesienie karencji dla członków rodziny dotyczy tylko osób dotychczas ubezpieczonych w ubezpieczeniu grupowym u Ubezpieczającego.**
4. Wykonawca obejmie ochroną ubezpieczeniową partnerów życiowych obecnie ubezpieczonych bez karencji, pod warunkiem, że przystąpią do ubezpieczenia przed upływem 3 miesięcy od daty początku okresu ubezpieczenia. Pozostali Partnerzy życiowi będą mogli przystąpić do ubezpieczenia z karencjami zgodnie z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia Wykonawcy.
5. Małżonkowie, pełnoletnie dzieci będą mieli możliwość wyboru innego wariantu ubezpieczeniowego niż pracownicy, jednak wariant dla członków rodziny nie może być wyższy (droższy) niż pracownika.

6

25. Zamawiający wymaga co najmniej warunków ubezpieczenia w podanym poniżej zakresie i w podanej wysokości świadczeń (świadczenia skumulowane):

		<b>Wariant I</b>	<b>Wariant II</b>	<b>Wariant III</b>
<b>L.P.</b>	<b>Zakres Ubezpieczenia</b>	<b>Minimalna wymagana wysokość świadczeń w PLN</b>		
<b>1</b>	Zgon Ubezpieczonego (zgon naturalny)	40 000	52 300	70 000
<b>2</b>	Zgon Ubezpieczonego w wyniku zawału lub udaru mózgu	70 000	88 000	100 000
<b>3</b>	Zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	90 000	110 000	130 000
<b>4</b>	Zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy	180 000	190 000	200 000
<b>5</b>	Zgon Ubezpieczonego w wypadku komunikacyjnym	188 000	192 000	200 000
<b>6</b>	Zgon Ubezpieczonego w wypadku komunik. przy pracy	270 000	272 000	290 000
<b>7</b>	Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany: - nieszczęśliwym wypadkiem (za każdy 1% uszczerbku)	500	555	560
<b>8</b>	Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany: - zawałem serca lub udarem mózgu (za każdy 1% uszczerbku)	300	320	330
<b>9</b>	Zgon małżonka Ubezpieczonego	15 000	16 000	18 000
<b>10</b>	Zgon małżonka Ubezpieczonego wskutek NW	30 000	32 000	36 000
<b>11</b>	Zgon rodziców Ubezpieczonego/rodziców małżonka Ubezpieczonego	2 500	2 850	3 000
<b>12</b>	Zgon dziecka	6 000	6 200	7 000
<b>13</b>	Zgon noworodka	4 000	4 500	5 000
<b>14</b>	Urodzenie dziecka	1 600	1 800	1 800
<b>15</b>	Osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego	6 000	6 500	6 500
<b>16</b>	Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	9 000	10 000	14 000
<b>17</b>	Poważne zachorowanie Małżonka Ubezpieczonego	-	3 000	5 000
<b>18</b>	Poważne zachorowanie Dziecka Ubezpieczonego	-	3 000	3 000
<b>19</b>	Trwała niezdolność do pracy	15 000	20 000	30 000
<b>20</b>	Leczenie specjalistyczne	1 000	2 000	4 000
<b>21</b>	Operacje Chirurgiczne (najniższa możliwa pojedyncza wypłata z tytułu operacji chirurgicznej)	375	400	500
	<b>Leczenie szpitalne ubezpieczonego</b>			
	Rozszerzenie odpowiedzialności: RP plus kraje UE	Tak	Tak	Tak
<b>22</b>	w związku z chorobą	50	60	60
<b>23</b>	w związku z nieszczęśliwym wypadkiem (od 1 do 14 dnia)	150	172	180
<b>24</b>	w związku z wypadkiem komunikacyjnym (od 1 do 14 dnia)	200	230	240
<b>25</b>	w związku z wypadkiem przy pracy (od 1 do 14 dnia)	200	230	240
<b>26</b>	w związku z wypadkiem komunikacyjnym przy pracy (od 1 do 14 dnia pobytu)	250	287	300
<b>27</b>	w związku z zawałem serca lub udarem mózgu (od 1 do 14 dnia)	100	115	120
<b>28</b>	w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, wypadkiem komunikacyjnym, przy pracy, zawałem serca lub udarem mózgu (od 15 dnia pobytu)	50	60	60
<b>29</b>	pobyt na Oddziale Intensywnej Terapii (jednorazowo)	750	860	900
<b>30</b>	- świadczenie za rekonwalescencję (dziennie)	25	30	30
	<b>Prawo do indywidualnej kontynuacji</b>	<b>Tak</b>	<b>Tak</b>	<b>Tak</b>

**26. Maksymalna dopuszczalna składka miesięczna od osoby ubezpieczonej wynosi 52 zł dla wariantu I, 62 zł dla wariantu II oraz 70 zł dla wariantu III. Zamawiający żąda od wykonawców zaakceptowania wysokości składki do pełnych złotych.**

**27. Definicje:**

- 28.1. Dziecko ubezpieczonego** - dziecko własne lub przysposobione w wieku do 25 roku życia. W przypadku możliwości objęcia ochroną pełnoletniego dziecka, zastosowanie będzie miała definicja: pełnoletnie dziecko - dziecko własne, przysposobione lub pasierb (jeżeli nie żyje ojciec lub matka) Ubezpieczonego pracownika, które w dniu przystąpienia do ubezpieczenia ukończyło 18 rok życia.
- 28.2. Leczenie specjalistyczne** – świadczenie obejmujące wystąpienie u ubezpieczonego leczenia chemioterapią albo radioterapią, terapią interferonową, wszczepienia kardiowertera/defibrylatora, wszczepienia rozrusznika serca, ablację. Świadczenie wypłacane jest w wysokości 100% sumy ubezpieczenia dla tego świadczenia.
- 28.3. Małżonek Ubezpieczonego** - osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu przepisów kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do której nie została, na dzień zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, prawomocnie orzeczona separacja. Za małżonka uważa się również partnera życiowego, czyli wskazaną w deklaracji przystąpienia Ubezpieczonego podstawowego osobę nie będącą w formalnym związku małżeńskim, pozostającą z Ubezpieczonym podstawowym – również nie będącym w formalnym związku małżeńskim – we wspólnym pożyciu; partner życiowy nie może być spokrewniony z Ubezpieczonym podstawowym. Zmiany partnera w formie oświadczenia na piśmie można dokonać nie częściej niż raz na 12 miesięcy.
- 28.4. Nieszczęśliwy wypadek** - nagłe, zewnętrzne i niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, niemające bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału, wylewu krwi, udaru, zatrucia oraz wszelkich innych chorób będących wynikiem infekcji (w tym występujących nagłe).
- 28.5. OIOM** - oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii) będący wydzielonym oddziałem szpitalnym, prowadzony przez lekarzy specjalistów intensywnej terapii – anestezjologii, zapewniający przez 24 godziny na dobę specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgniarską, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt, umożliwiający całodobowe monitorowanie i wspomaganie czynności życiowych, przeznaczony do leczenia chorych w stanach zagrożenia życia. Pojęcie „OIOM” nie obejmuje wydzielonych sal intensywnego nadzoru, istniejących w ramach innych oddziałów specjalistycznych.
- 28.6. Operacja chirurgiczna** - zabieg chirurgiczny wykonany w publicznej lub niepublicznej placówce medycznej. Świadczenie wypłacane będzie bez względu na czas pobytu w placówce medycznej oraz rodzaj placówki (lecznictwo zamknięte lub lecznictwo otwarte) jak również przyjętą metodę operacji, tj. metodą endoskopową, otwartą, zamkniętą. Najniższe świadczenie z tytułu przeprowadzenia operacji chirurgicznej nie może być niższe niż podane w tabeli „wysokość świadczeń”. Wysokość świadczeń uzależniona będzie od rodzaju (stopnia trudności) operacji, według katalogu operacji obowiązującego u Wykonawcy, zgodnie z OWU Wykonawcy. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje wykonanie w okresie ubezpieczenia operacji chirurgicznych, jeżeli istniały w stosunku do nich wskazania medyczne warunkujące konieczność ich wykonania w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby albo zmniejszenia skutków nieszczęśliwego wypadku, przy czym w celu uzyskania świadczenia w tytułu operacji chirurgicznej nie jest konieczne przekazywanie Ubezpieczycielowi kserokopii skierowania na operację, ale wystarczy przekazanie kserokopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przeprowadzenie operacji chirurgicznej wraz ze wskazaniem, jaka była przyczyna przeprowadzenia tej operacji.
- 28.7. Partner życiowy** - wskazana w deklaracji przystąpienia Ubezpieczonego podstawowego osoba nie będąca w formalnym związku małżeńskim, pozostająca faktycznie z Ubezpieczonym podstawowym – również nie będącym w formalnym związku małżeńskim – we wspólnym pożyciu; partner życiowy nie może być spokrewniony z Ubezpieczonym podstawowym. Zmiany partnera w formie oświadczenia na piśmie można dokonać nie częściej niż raz na 12 miesięcy.
- 28.8. Pobyt w szpitalu** - całodobowy pobyt w szpitalu w celu leczenia, trwający nieprzerwanie co najmniej 2 dni wskutek zdarzenia innego niż nieszczęśliwy wypadek, a jeśli pobyt spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem za pobyt trwający powyżej 1 dnia. Wypłata świadczenia nastąpi od 1. dnia pobytu w szpitalu. Czas pobytu w szpitalu określa się na podstawie daty przyjęcia i daty wypisania ze szpitala. Świadczenie za pobyt w szpitalu będzie wypłacone przez okres co najmniej 120 dni w okresie każdego roku, liczonego od daty wejścia w życie polisy. Świadczenie wypłacane jest nawet w przypadkach, gdy pobyt w szpitalu spowodowany jest zdarzeniem lub chorobą zdiagnozowaną u Ubezpieczonego przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej oraz kiedy rozpoczął się przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej oraz w przypadku, gdy pobyt spowodowany jest ponownym

wystąpieniem tej samej choroby. Jeżeli pobyt w szpitalu rozpoczął się przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy zawartej na podstawie niniejszego postępowania przetargowego, Wykonawca zapłaci świadczenie za pobyt w szpitalu tylko za te dni pobytu w szpitalu, w których udzielał on ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu. Wykonawca nie będzie stosować wyłączenia leczenia dyskopatii lub zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, chorób zwyrodnieniowych stawów, reumatoidalnego zapalenia stawów, chorób stawu kolanowego. Wykonawca nie może stosować wyłączenia dotyczącego pobytu w szpitalu w związku z ciążą, jeżeli pobyt w szpitalu był związany ze stanem chorobowym matki lub dziecka lub zagrożeniem ciąży.

**28.9. Poważne zachorowanie Ubezpieczonego** – zdarzenie dotyczące zdrowia ubezpieczonego, zaistniałe w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Minimalny katalog poważnych chorób uprawniający do świadczenia opisany został poniżej. Wypłata następuje jeden raz za pierwszy przypadek zachorowania na daną poważną chorobę w wysokości 100% sumy ubezpieczenia za to świadczenie. Z odpowiedzialności Wykonawcy wyłączone są ciężkie choroby zdiagnozowane przed przystąpieniem do ubezpieczenia.

Anemia aplastyczna	Udar
Bąblowiec mózgu	Wścieklizna
Zabieg chirurgiczny na naczyniach wieńcowych	Zakażenie wirusem HIV
Choroba Creutzfeldta-Jakoba	Zawał serca
Masywny zator tętnicy płucnej	Zgorzel gazowa
Niewydolność nerek	Oparzenie
Nowotwór złośliwy	Transplantacja organów
Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu	Gruźlica
Ropień mózgu	Choroba neuronu ruchowego
Sepsa	Oponiak
Tęžec	Choroba Parkinsona
Borelioza	Stwardnienie rozsiane

Przy czym definicje poważnych chorób dla tego świadczenia są następujące:

- 28.9.1. **Anemia aplastyczna** - oznacza przewlekłą i nieodwracalną niewydolność szpiku, powodującą łączne wystąpienie spadku liczby krwinek czerwonych, krwinek białych i płytek krwi, oraz powodującą konieczność regularnego przyjmowania leków immunosupresyjnych lub przeszczepu szpiku kostnego. Rozpoznanie musi być oparte na wynikach biopsji szpiku kostnego;
- 28.9.2. **Bąblowiec mózgu** - oznacza usuniętą chirurgicznie zmianę w mózgu, składającą się z pojedynczych lub mnogich larw typu echinococcus (pęcherz bąblowcowy), potwierdzoną w rozpoznaniu histopatologicznym
- 28.9.3. **Borelioza** - oznacza krętkowicę przenoszoną przez kleszcze przebiegającą z różnorodnymi objawami narządowymi, między innymi ze zmianami skórными objawiającymi się rumieniem, zapaleniem stawów, zapaleniem mięśnia sercowego oraz różnorodnymi objawami neurologicznymi i skutkującą koniecznością leczenia szpitalnego. Zdiagnozowanie choroby skutkujące hospitalizacją powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 69.2) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego;
- 28.9.4. **Zabieg chirurgiczny na naczyniach wieńcowych** - przeprowadzony w krążeniu pozaustrojowym zabieg chirurgiczny w celu korekcji tętnicy lub tętnic wieńcowych;
- 28.9.5. **Choroba Creutzfelda-Jakoba** - oznacza klinicznie rozpoznaną za życia ubezpieczonego, przez specjalistę neurologa, chorobę powodującą niemożność wykonywania przez osobę ubezpieczoną minimum trzech z pięciu podanych poniżej czynności życia codziennego:
- poruszania się w domu – poruszania się pomiędzy pomieszczeniami w domu – bez konieczności pomocy osoby drugiej,
  - kontrolowania czynności fizjologicznych – samokontroli w zakresie oddawania kału i moczu oraz utrzymywanie higieny osobistej,
  - ubierania się – samodzielnego ubierania i rozbierania się – bez konieczności pomocy osoby drugiej,
  - mycia i toalety – samodzielnego wykonywania czynności związanych z myciem i higieną osobistą – bez konieczności pomocy osoby drugiej,
  - jedzenia – wszystkich czynności związanych z samodzielnym jedzeniem gotowych posiłków;
- 28.9.6. **Choroba neuronu ruchowego** - oznacza postępującą chorobę zwyrodnieniową układu nerwowego spowodowaną wybiórczym uszkodzeniem neuronów ruchowych – obwodowego i ośrodkowego. Podstawą rozpoznania postawionego przez specjalistę w zakresie neurologii jest obraz kliniczny i wynik badania elektromiografii (EMG);
- 28.9.7. **Gruźlica** - oznacza chorobę zakaźną spowodowaną prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*) z zajęciem mięszu płucnego lub drzewa tchawiczno-oskrzelowego bądź też opłucnej, węzłów chłonnych klatki piersiowej, układu moczowo-płciowego, kości i stawów, opon mózgowych. Rozpoznanie musi być

- potwierdzone dodatnim wynikiem badania bakteriologicznego bądź histologicznego i decyzją o wdrożeniu leczenia przeciwprątkowego;
- 28.9.8. **Masywny zator tętnicy płucnej** - oznacza usunięcie świeżej skrzepliny z pnia tętnicy płucnej poprzez jego nacięcie w trakcie zabiegu operacyjnego wykonanego w trybie pilnym z powodu ostrego zatoru tętnicy płucnej;
- 28.9.9. **Niewydolność nerek** - oznacza końcowe stadium niewydolności nerek w postaci nieodwracalnego upośledzenia czynności obydwu nerek, w następstwie czego doszło do konieczności regularnego, stałego stosowania dializ lub przeprowadzenia operacji przeszczepienia nerki;
- 28.9.10. **Nowotwór złośliwy** - potwierdzony diagnozą lekarską lub badaniami histopatologicznymi nowotwór złośliwy rozumiany jako proces niekontrolowanego wzrostu komórek patologicznych. Za nowotwór złośliwy uważa się także białaczkę, ziarnicę złośliwą i chłoniaki nieziarnicze. Z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone: wszystkie nowotwory skóry, poza czerniakiem złośliwym, wszystkie guzy, nowotwory wykazujące zmiany typu carcinoma in situ, choroba Hodgkina w pierwszym stadium, nowotwory będące objawem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
- 28.9.11. **Odkleszczone wirusowe zapalenie mózgu** - oznacza chorobę przenoszoną przez kleszcze przebiegającą z różnorodnymi objawami neurologicznymi, skutkującymi koniecznością hospitalizacji, potwierdzoną badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego. Rozpoznanie choroby powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego;
- 28.9.12. **Ropień mózgu** - oznacza usuniętą chirurgicznie zmianę w mózgu opisaną w rozpoznaniu histopatologicznym jako ropień mózgu;
- 28.9.13. **Sepsa** - oznacza uogólnioną reakcję zapalną, powstającą w przebiegu zakażenia meningokokowego lub pneumokokowego, powikłaną niewydolnością wielonarządową. Przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów, do których zaliczamy ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątrobę;
- 28.9.14. **Stwardnienie rozsiane** - oznacza przewlekłą chorobę charakteryzującą się występowaniem ubytkowych objawów neurologicznych powstałych w wyniku rozsiaanych zmian demielinizacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym, przebiegającą z okresami rzutów i remisji lub o przebiegu postępującym. Rozpoznanie musi być postawione na podstawie:  
a) badania podmiotowego, w którym stwierdza się co najmniej dwa odrębne w czasie rzuty choroby (oddzielone od siebie okresami dłuższymi niż 30 dni),  
b) badania przedmiotowego, w którym stwierdza się co najmniej dwa objawy ubytkowe z odrębnych części ośrodkowego układu nerwowego,  
c) badania rezonansu magnetycznego (MRI), w którym stwierdza się obraz charakterystyczny dla stwardnienia rozsianego;
- 28.9.15. **Tężec** - oznacza zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, która przebiegała klinicznie w postaci uogólnionej i którą wywołała neurotoksyna produkowana przez laseczki tężca (*Clostridium tetani*);
- 28.9.16. **Udar** - oznacza nagłe ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych, wywołane wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi. Konieczne jest przedstawienie dowodów na utracone ubytki neurologiczne;
- 28.9.17. **Wścieklizna** - oznacza zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, której istotą jest ostre zapalenie mózgu i rdzenia wywołane przez wirusa wścieklizny;
- 28.9.18. **Zakażenie wirusem HIV** - oznacza zakażenie wirusem HIV, będące następstwem bezpośredniego wykonania obowiązków zawodowych lub pełnoobjawowe AIDS będące następstwem zakażenia wirusem HIV podczas wykonywania obowiązków zawodowych, które zostanie potwierdzone złożonymi dowodami, lub będące powikłaniem transfuzji krwi wykonanej na terytorium RP u osoby nie chorującej na hemofilię, która zostanie potwierdzona złożonymi dowodami;
- 28.9.19. **Zawał serca** - to tylko taki zawał, który powoduje:  
a) wzrost lub spadek stężenia biomarkerów sercowych, z zastrzeżeniem, że przynajmniej w jednym pomiarze to stężenie musi przekraczać górną granicę normy oraz obecność co najmniej jednego z niżej wymienionych dowodów niedokrwienia mięśnia sercowego:  
- objawy kliniczne niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej),  
- zmiany w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) typowe dla nowo powstałego niedokrwienia,  
- nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowych,  
lub  
b) zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych do wartości przekraczającej trzykrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym w przypadku zabiegu przezskórnej interwencji wieńcowej (PCI),  
lub

- c) zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych – w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych (CABG) – do wartości przekraczającej pięciokrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym oraz pojawienie się jednego z następujących objawów:
- nowych patologicznych załamków Q lub nowego bloku lewej odnogi pęczka Hisa,
  - udokumentowanej angiograficznie niedrożności pomostu wieńcowego lub nowej niedrożności natywnej tętnicy wieńcowej,
  - udokumentowanej badaniem obrazowym nowej martwicy mięśnia sercowego;

28.9.20. **Zgorzel gazowa** - oznacza zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych, z powodu rozpoznanego w dokumentacji medycznej ciężkiego zakażenia przyrannego, przebiegającego z rozległym obrzękiem, martwicą mięśni, wytwarzaniem gazu w tkankach oraz towarzyszącymi ogólnymi objawami toksemii, spowodowanego przez bakterie: Clostridium perfringens, Clostridium Novyi (oedematiens) lub Clostridium septicum;

28.9.21. **Oparzenie** – oznacza oparzenie, które wymaga hospitalizacji i obejmuje:

- a) ponad 50% powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie lub
- b) ponad 15% powierzchni ciała – dla oparzeń III stopnia.

Konieczne jest przedstawienie karty informacyjnej leczenia szpitalnego ze szczegółowym określeniem stopnia oparzenia i procentu oparzonej powierzchni ciała

28.9.22. **Transplantacja organów** - oznacza przebycie jako biorca operacji przeszczepienia serca, serca i płuc, wątroby lub jej części, lub allogenicznego przeszczepu szpiku kostnego;

28.9.23. **Oponiak** – oznacza potwierdzone histopatologicznie rozpoznanie oponiaka mózgu. Wyłączone z odpowiedzialności Ubezpieczyciela są jakiegokolwiek inne zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym, tj. torbiele, ziarniniaki, malformacje naczyniowe, guzy przysadki i rdzenia kręgowego;

28.9.24. **Choroba Parkinsona** - oznacza przewlekłe schorzenie układu pozapiramidowego, spowodowane pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zmniejszenia liczby neuronów produkujących dopaminę, którego następstwem jest wystąpienie co najmniej dwóch z trzech klasycznych objawów osiowych choroby, tj. drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego, plastycznego wzmożenia napięcia mięśniowego (sztywności mięśniowej), zmniejszających się po zastosowaniu leków stymulujących układ dopaminergiczny. Konieczne jest wykluczenie parkinsonizmu objawowego.

28.10. **Poważne zachorowanie Małżonka Ubezpieczonego** - zdarzenie dotyczące zdrowia współmałżonka/partnera życiowego ubezpieczonego, zaistniałe w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Minimalny katalog poważnych chorób uprawniający do świadczenia opisany został poniżej. Wypłata następuje jeden raz za pierwszy przypadek zachorowania na daną poważną chorobę w wysokości 100% sumy ubezpieczenia za to świadczenie. Z odpowiedzialności Wykonawcy wyłączone są ciężkie choroby zdiagnozowane przed przystąpieniem do ubezpieczenia. Definicje poważnych chorób są analogiczne jak dla świadczenia Poważne zachorowanie Ubezpieczonego opisanego w pkt. 28.9.

Anemia aplastyczna	Udar
Bąblowiec mózgu	Wścieklizna
Zabieg chirurgiczny na naczyniach wieńcowych	Zakażenie wirusem HIV
Choroba Creutzfeldta-Jakoba	Zawał serca
Masywny zator tętnicy płucnej	Zgorzel gazowa
Niewydolność nerek	Oparzenie
Nowotwór złośliwy	Transplantacja organów
Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu	Gruźlica
Ropień mózgu	Choroba neuronu ruchowego
Sepsa	Oponiak
Tężec	Choroba Parkinsona
Borelioza	Stwardnienie rozsiane

28.11. **Poważne zachorowanie Dziecka Ubezpieczonego** - zdarzenie dotyczące zdrowia dziecka ubezpieczonego, zaistniałe w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Minimalny katalog poważnych chorób uprawniający do świadczenia opisany został poniżej. Wypłata następuje jeden raz za pierwszy przypadek zachorowania na daną poważną chorobę w wysokości 100% sumy ubezpieczenia za to świadczenie. Z odpowiedzialności Wykonawcy wyłączone są ciężkie choroby zdiagnozowane przed przystąpieniem do ubezpieczenia.

Utrata wzroku	Poważne uszkodzenie mózgu
Utrata słuchu	Przeszczep narządu
Niewydolność nerek	Śpiączka
Nowotwór złośliwy	Sepsa
Zapalenie mózgu lub zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	Paraliż
Ciężkie oparzenie	Poliomelitis

Przy czym definicje poważnych chorób dla tego świadczenia są następujące:

1) **Utrata wzroku** – oznacza utratę wzroku:

a) **w jednym oku**, która oznacza potwierdzony klinicznie, nieodwracalny stan narządu wzroku, charakteryzujący się brakiem poczucia światła, w oku dotkniętym skutkami choroby lub nieszczęśliwego wypadku. W przypadkach wątpliwych, czy doszło do utraty wzroku w jednym oku, niezbędna będzie ocena badaniami wzrokowych potencjałów wywołanych, lub

b) **w obu oczach**, która oznacza nieodwracalny stan narządu wzroku, zaistniały wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku, kiedy w oku lepiej widzącym stwierdza się obniżenie ostrości wzroku, która przy najlepszej możliwej korekcji optycznej dochodzi do poziomu nie więcej niż  $V = 0,05$  lub kiedy obuoczne pole widzenia jest koncentrycznie zwężone do wartości promienia 20 stopni lub mniej. U dzieci do lat trzech za utratę wzroku w obu oczach uznaje się potwierdzony klinicznie stan braku poczucia światła w obu oczach. W przypadkach wątpliwych, czy doszło do utraty wzroku w obu oczach, niezbędna będzie ocena badaniami wzrokowych potencjałów wywołanych.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje utraty wzroku w jednym lub obu oczach u dziecka, które kiedykolwiek przed początkiem odpowiedzialności Wykonawcy zostało uznane przez właściwą instytucję za osobę niepełnosprawną lub całkowicie albo częściowo niezdolną do pracy z powodu stanu narządu wzroku lub w świetle dokumentacji medycznej można ustalić, że kryteria niepełnosprawności z powodu stanu narządu wzroku były spełnione przed początkiem odpowiedzialności Wykonawcy.

2) **Utrata słuchu** – oznacza utratę słuchu:

a) **w jednym uchu**, która oznacza zaistniałe wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku nieodwracalne upośledzenie ostrości słuchu jednego z uszu przekraczające 70 dB, jako wartość średnią dla częstotliwości 500, 1000 i 2000 Hz, ustaloną na podstawie badania audiometrycznego. W przypadkach wątpliwych, dla rozstrzygnięcia, czy doszło do utraty słuchu w jednym uchu, niezbędna będzie ocena badaniami słuchowych potencjałów wywołanych, lub

b) **w obu uszach**, która oznacza nieodwracalny stan narządu słuchu, zaistniały wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku, w którym upośledzenie ostrości słuchu, stwierdzone w badaniu audiometrycznym i podane jako średnia z częstotliwości dla 500, 1000 i 2000 Hz przekracza 70 dB w każdym z uszu. W przypadkach wątpliwych, dla rozstrzygnięcia, czy doszło do utraty słuchu w obu uszach, niezbędna będzie ocena badaniami słuchowych potencjałów wywołanych.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje utraty słuchu w jednym lub obu uszach, u dziecka u którego przed początkiem odpowiedzialności Wykonawcy wystąpiło trwałe uszkodzenie słuchu w stopniu większym niż lekki, tzn. upośledzenie ostrości słuchu, któregośkolwiek z uszu, stwierdzone w badaniu audiometrycznym, przekraczające 40 dB, jako wartość średnią dla częstotliwości 500, 1000 i 2000 Hz.

28.12. **Niewydolność nerek** - oznacza krańcową niewydolność nerek w postaci przewlekłej nieodwracalnej niewydolności funkcji obu nerek i która wymaga przeprowadzania regularnych dializ lub operacji przeszczepienia nerki. Konieczność prowadzenia stałej dializoterapii musi być potwierdzona przez konsultanta nefrologa.

28.13. **Nowotwór złośliwy** - oznacza:

a) chorobę objawiającą się obecnością złośliwego guza (tzn. takiego, który nie jest otoczony torebką i charakteryzuje się zdolnością do naciekania tkanek i do tworzenia odległych przerzutów) lub

b) białaczkę (z wyjątkiem przewlekłej białaczki limfocytowej) oraz złośliwe schorzenia układu limfatycznego, takie jak ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina) i chłoniaki nieziarnicze, potwierdzoną przez patomorfologa na podstawie wyniku badania histopatologicznego.

Z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone: wszystkie nowotwory skóry, poza czerniakiem złośliwym, wszystkie guzy, gdzie po badaniu histopatologicznym stwierdzono stan przednowotworowy lub przedinwazyjny, nowotwory wykazujące zmiany typu carcinoma in situ, choroba Hodgkina w pierwszym stadium, nowotwory będące objawem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;

28.14. **Zapalenie mózgu lub zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** - oznacza chorobę spowodowaną procesem zapalnym umiejscowionym w tkance mózgowej lub w oponie miękkiej, którego przyczyną jest zakażenie wirusowe lub bakteryjne prowadzące do istotnych powikłań trwających co najmniej 3 miesiące, w tym do trwałego deficytu neurologicznego (umysłowego, piramidowego i narządów zmysłu) potwierdzonego (zdiagnozowanego) przez neurologa i wynoszącego łącznie ponad 75% trwałego uszczerbku na zdrowiu

28.15. **Ciężkie oparzenie** – oznacza uszkodzenie tkanek spowodowanym działaniem czynników cieplnych, chemicznych lub elektrycznych, w wyniku którego dojdzie do oparzenia trzeciego stopnia, o rozległości co najmniej 20% powierzchni ciała ocenianej według tablicy Lunda i Browdera albo – dla dzieci w wieku powyżej 15 lat – według „reguły dziewiątek”.

8

ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych, jeśli nieszczęśliwy wypadek zaistniał w okresie ubezpieczenia.

- 28.29. **Zgon ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu** – śmierć ubezpieczonego będąca następstwem zawału serca lub udaru mózgu zaistniałego w okresie ubezpieczenia, tj. data rozpoznania zawału serca lub udaru mózgu wskazana w diagnozie lekarskiej występuje w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Świadczenie zostanie wypłacone niezależnie od tego, czy choroby będące przyczyną zawału serca lub udaru mózgu były zdiagnozowane lub leczone przed objęciem ubezpieczonego ochroną z tego tytułu.
- 28.30. **Zgon Dziecka** – zaistniała w okresie odpowiedzialności Wykonawcy śmierć dziecka, które nie ukończyło 25-go roku życia. Świadczenie za zgon dziecka jest wypłacane przez Ubezpieczyciela niezależnie od tego czy uczęszczał on do szkoły, czy też nie.
- 28.31. **Zgon noworodka** - urodzenia martwego dziecka w rozumieniu przepisów dotyczących porodów i urodzeń, jeżeli urodzenie zostało zarejestrowane.
- 28.32. **Trwała niezdolność do pracy** – oznacza trwałą i całkowitą niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej w dowolnym zawodzie oraz do samodzielnej egzystencji, będącą rezultatem nieszczęśliwego wypadku lub choroby powstałych w okresie odpowiedzialności Wykonawcy; trwała niezdolność do pracy oznaczająca, że zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do pracy, skutkuje wypłatą 100% sumy ubezpieczenia.
- 28.33. **Trwały uszczerbek na zdrowiu** - każde naruszenie sprawności organizmu, polegające na fizycznej utracie organu, narządu, układu lub trwałym uszkodzeniu ciała, upośledzeniu czynności organizmu lub narządu lub ograniczeniu, upośledzeniu ich funkcji.
- 28.34. **Ubezpieczony** - osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, mianowania, wyboru, spółdzielczej umowy o pracę, umowy cywilnoprawnej, pozostająca z Zamawiającym w stosunku prawnym oraz współmałżonek, partner i pełnoletnie dziecko tej osoby.
- 28.35. **Udar mózgu** - incydent naczyniowo-mózgowy skutkujący wystąpieniem objawów neurologicznych związanych z nagłym wystąpieniem ogniskowego lub uogólnionego zaburzenia czynności mózgu, powstały w wyniku zaburzenia krążenia mózgowego wywołanego przyczynami naczyniowymi, rozumianymi jako wylew krwi do mózgu lub zatrzymaniem dopływu krwi do mózgu i prowadzący do trwałych ubytków neurologicznych.
- 28.36. **Urodzenie się dziecka** - urodzenie się dziecka żywego.
- 28.37. **Wypadek komunikacyjny** - każdy wypadek wywołany ruchem pojazdu na drodze, z udziałem ubezpieczonego, jako uczestnika ruchu, kierowcy, pasażera; z tym, że określenia: *ruch pojazdu, pojazd, kierowca, uczestnik, droga* występują w rozumieniu zgodnym z obowiązującymi przepisami prawa o ruchu drogowym. Pojazdem jest również tramwaj. Za wypadek komunikacyjny przyjmuje się również wypadek wywołany ruchem pojazdu kolejowego, trakcyjnego, w tym metra, a także w związku z eksploatacją statku powietrznego koncesjonowanych linii lotniczych oraz statku wodnego, którego ubezpieczony był pasażerem lub członkiem załogi, a statek zatonął, został uszkodzony albo zaginął i nie został odnaleziony.
- 28.38. **Zawał serca** - to tylko taki zawał, który powoduje:
- wzrost lub spadek stężenia biomarkerów sercowych, z zastrzeżeniem, że przynajmniej w jednym pomiarze to stężenie musi przekraczać górną granicę normy oraz obecność co najmniej jednego z niżej wymienionych dowodów niedokrwienia mięśnia sercowego:
    - objawy kliniczne niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej),
    - zmiany w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) typowe dla nowo powstałego niedokrwienia,
    - nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowych,lub
  - zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych do wartości przekraczającej trzykrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym w przypadku zabiegu przeszłokornej interwencji wieńcowej (PCI),  
lub
  - zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych – w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych (CABG) – do wartości przekraczającej pięciokrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym oraz pojawienie się jednego z następujących objawów:
    - nowych patologicznych załamek Q lub nowego bloku lewej odnogi pęczka Hisa,
    - udokumentowanej angiograficznie niedrożności pomostu wieńcowego lub nowej niedrożności natywnej tętnicy wieńcowej,
    - udokumentowanej badaniem obrazowym nowej martwicy mięśnia sercowego.



- 28.39. **Zawał serca powodujący zgon** (dot. świadczenia zgon Ubezpieczonego w wyniku zawału) - martwica części mięśnia sercowego spowodowana nagłym zmniejszeniem dopływu krwi do tej części mięśnia sercowego.

## Część II

### KLAUZULE DODATKOWE – fakultatywne (podlegające ocenie)

Zaakceptowanie klauzul dodatkowych nie może powodować zwwyżki składki ponad maksymalną wymaganą przez Zamawiającego wysokość .

1. **Klauzula rozszerzenia listy chorób w ramach świadczenia za poważne zachorowanie ubezpieczonego** - rozszerzenie listy chorób o dodatkowe jednostki chorobowe, wymienione poniżej:

Choroba aorty brzusznej	Zakażona martwica trzustki
Choroba aorty piersiowej	Bakteryjne zapalenie wsierdzia
Przewlekłe zapalenie wątroby	Utrata mowy
Utrata kończyny wskutek choroby	Utrata wzroku
Wada serca	Utrata słuchu
Choroba Huntingtona	Śpiączka
Bezpłodność spowodowana chorobą	Paraliż co najmniej dwóch kończyn
Bakteryjne zapalenie mózgu lub opon rdzeniowo-mózgowych	Ciężki uraz głowy

Przy czym dopuszcza się stosowanie definicji ww. jednostek chorobowych zgodnie z zapisami OWU Ubezpieczyciela.

2. **Klauzula wydłużenia okresu wypłaty za świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu** - wydłużenie maksymalnego okresu pobytu w szpitalu, za który wypłacane jest świadczenie z 120 dni do 180 dni w ciągu każdego roku trwania umowy ubezpieczenia.
3. **Klauzula zniesienia karencji** – Wykonawca obejmuje ubezpieczeniem pracowników, bez karencji, w pełnym zakresie przez 6 miesięcy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia lub nawiązania stosunku prawnego, jeżeli stosunek prawny Ubezpieczonego z Zamawiającym powstał po początku ochrony ubezpieczeniowej.
4. **Klauzula wypłaty świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu wskutek choroby** – świadczenie wypłacane będzie za pobyt w szpitalu, który będzie trwał nieprzerwanie co najmniej 1 dzień. Czas pobytu w szpitalu określa się na podstawie daty przyjęcia i daty wypisania ze szpitala.
5. **Klauzula rozszerzenia zakresu terytorialnego za świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu** – zakres terytorialny zostaje rozszerzony na cały świat.
6. **Klauzula dodatkowa na wypadek urodzenia się dziecka Ubezpieczonego z Apgar poniżej 5** – świadczenie obejmuje urodzenie się w okresie ubezpieczeniowym dziecka w stanie zdrowia określonym w skali Apgar poniżej 5. Wysokość świadczenia w tym zakresie zostanie powiększona o 250 zł. Pod uwagę brany będzie ostatni z dokonywanych pomiarów i będzie on świadczył, że noworodek urodził się w skali Apgar poniżej 5 pkt.
7. **Klauzula wynagrodzenia za czynności przygotowawcze** – Wykonawca za czynności związane z przygotowaniem deklaracji pracowników przystępujących do ubezpieczenia oraz przekazaniem ich Wykonawcy, deklaruje zapłatę wynagrodzenia osobie, której powierzone zostaną wyżej wymienione zadania, w wysokości nie mniejszej niż 4 zł za jedną deklarację. Po przekazaniu wszystkich deklaracji kwota wynagrodzenia zostanie wypłacona jednorazowo, na konto wskazane przez osobę, która wykonała powyższe czynności.
8. **Klauzula stażu do Indywidualnej Kontynuacji** – Wykonawca obejmie Indywidualną Kontynuacją ubezpieczonych po minimum 3 - miesięcznym okresie pozostawania w ubezpieczeniu grupowym.

9. **Klauzula zachowania warunków na Indywidualnej Kontynuacji** – Wykonawca obejmie Indywidualną Kontynuacją ubezpieczonych z zachowaniem warunków grupowego ubezpieczenia na okres nie krótszy niż 12 miesięcy. Po tym okresie zastosowanie będą miały zapisy OWU Wykonawcy dotyczące warunków Indywidualnej Kontynuacji.
10. **Klauzula zgonu dziecka** – Wykonawca wypłaci świadczenie z tytułu zgonu dziecka, które ukończyło 25 rok życia (brak ograniczenia wiekowego).
11. **Klauzula rozszerzenia katalogu operacji chirurgicznej** – Wykonawca rozszerzy katalog operacji chirurgicznych o zabieg cesarskiego cięcia i wypłaci świadczenie jak za najniższą wartość operacji chirurgicznej.
12. **Klauzula pobytu w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym** – Wykonawca wypłaci świadczenie za pobyt w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym, będący pierwszym pobytem po chorobie lub nieszczęśliwym wypadku, w celu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku lub choroby. Pobyt ten musi się rozpocząć w ciągu pierwszych 6 miesięcy od daty wystąpienia choroby lub nieszczęśliwego wypadku.
13. **Klauzula rozszerzająca definicję urodzenia dziecka** – Wykonawca wypłaci świadczenie z tytułu urodzenia dziecka w przypadku adopcji dziecka, pod warunkiem, że dziecko nie ukończyło 3 roku życia w dniu uprawomocnienia się orzeczenia o adopcji. Zamawiający wyjaśnia, że urodzenie dziecka nie musi nastąpić w trakcie odpowiedzialności Wykonawcy a jedynie prawne przysposobienie.
14. **Klauzula wydłużenia okresu rekonwalescencji** – Wykonawca wydłuży z 30 do 45 dni maksymalny czas pobytu na zwolnieniu lekarskim, za który wypłaci świadczenie rekonwalescencji.
15. **Klauzula skrócenia wymaganego czasu pobytu w szpitalu** – Wykonawca skróci z 14 do 10 dni czas wymaganego pobytu w szpitalu w ramach definicji rekonwalescencji.
16. **Klauzula świadczenia bólowego** – dla ubezpieczenia „trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem” zakres świadczeń zostaje rozszerzony o świadczenie „bólowe” z tytułu uszkodzeń (urazów) ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku, które wymagały interwencji lekarskiej w placówce medycznej i co najmniej jednej wizyty kontrolnej, ale nie zostały zakwalifikowane do uszkodzenia ciała (uszczerbku na zdrowiu) na podstawie obowiązującej w ofercie ubezpieczenia tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała. Świadczenie wypłacane na rzecz Ubezpieczonego na podstawie niniejszej klauzuli wynosi 0,5% sumy ubezpieczenia dla „trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem”.
17. **Klauzula włączenia otwartego katalogu operacji chirurgicznych** – na mocy niniejszej klauzuli zakres świadczeń z tytułu Operacji Chirurgicznych zostaje rozszerzony o świadczenie w tytułu operacji chirurgicznej (spełniającej definicję w pkt. 27.6), która nie jest wymieniona w katalogu operacji obowiązującego u Wykonawcy (zgodnie z OWU Wykonawcy) – tzw. otwarty katalog operacji chirurgicznych. W przypadku operacji chirurgicznej u Ubezpieczonego, która nie jest wymieniona w katalogu operacji w OWU Wykonawcy świadczenie zostanie wypłacone przez Wykonawcę (Ubezpieczyciela) w wysokości 50% świadczenia za najniższą wartość operacji chirurgicznej w danym wariantcie zgodnie z ofertą Wykonawcy.
18. **Klauzula Zgonu Dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – Wykonawca wypłaci dotkliwe świadczenie za Zgon Dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku w wysokości 100% sumy ubezpieczenia dla świadczenia za Zgon dziecka (świadczenie łączne 200% SU dla Zgonu dziecka), jeżeli śmierć (zgon) dziecka nastąpi w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.
19. **Klauzula świadczeń assistance na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia** – na mocy niniejszej klauzuli Wykonawca (Ubezpieczyciel) zorganizuje i pokryje koszty co najmniej poniższych świadczeń w związku z pogorszeniem się stanu zdrowia (*zdiagnozowanie u Ubezpieczonego choroby lub doznanie przez nią urazu w wyniku nieszczęśliwego wypadku bądź zdiagnozowanie choroby lub doznanie urazu w wyniku nieszczęśliwego wypadku przez członków rodziny ubezpieczonego /małżonek, partner życiowy, dziecko, rodzic*) w okresie ubezpieczenia:
  - wizyta lekarza lub lekarza specjalisty po nieszczęśliwym wypadku,
  - dostarczenie do miejsca pobytu leków przepisanych przez lekarza,

- wizyta rehabilitanta w domu lub pokrycie kosztu wizyty w poradni rehabilitacyjnej,
- transport medyczny do placówki medycznej i powrotem,
- transport medyczny pomiędzy placówkami medycznymi,
- pomoc domowa po hospitalizacji,
- pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej,

przy czym limity kosztów na poszczególne świadczenia są zgodne w OWU Wykonawcy.

20. **Klauzula dostępności placówki** - Wykonawca udostępni lub wskaże funkcjonującą placówkę/ oddział/ przedstawicielstwo na terenie miasta Inowrocławia. Placówka musi gwarantować pracownikom możliwość m in.:
- pobrania wniosku o wypłatę świadczenia
  - złożenia wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu grupowego ubezpieczenia na życie
  - złożyc wniosek o indywidualną kontynuację
  - opłacić składkę z tytułu indywidualnej kontynuacji
- Zamawiający wymaga od Wykonawcy oświadczenia o lokalizacji placówki/ oddziału/przedstawicielstwa.
21. **Klauzula zniżki na ubezpieczenia majątkowe** – na mocy niniejszej klauzuli Wykonawca gwarantuje dla osób przystępujących do ubezpieczenia grupowego (Ubezpieczonych) uzyskanie dodatkowo zniżki składki w wysokości minimum 10% na prywatne ubezpieczenia majątkowe zawierane przez Ubezpieczonych u Ubezpieczyciela majątkowego (z działu II ubezpieczeń), będącego w jednej grupie kapitałowej z Wykonawcą lub u innego Ubezpieczyciela majątkowego wskazanego w ofercie przez Wykonawcę.
22. **Klauzula zniżki na leki** – na mocy niniejszej klauzuli Wykonawca refunduje osobom ubezpieczonym w 80% koszt zakupu leki, jeżeli recepta na te leki zostanie wystawiona w okresie odpowiedzialności Wykonawcy oraz jeżeli recepta zostanie wystawiona w następstwie choroby lub wypadku, które wystąpiły w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Klauzula dotyczy tylko wariantu III. **Maksymalna refundacja wynosi 150 zł.**
23. **Klauzula leczenia szpitalnego dziecka** – na mocy niniejszej klauzuli zakres ubezpieczenia w wariantcie III zostaje rozszerzony o świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego dziecka Ubezpieczonego, tj. wypłata świadczenia z tytułu pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby lub nieszczęśliwego wypadku. Świadczenie przysługuje od pierwszego dnia pod warunkiem, że pobyt dziecka w szpitalu trwał minimum 3 dni. Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego dziecka wynosi 40 zł za każdy dzień, jeżeli pobyt w szpitalu jest następstwem choroby. Jeżeli pobyt w szpitalu jest w następstwie nieszczęśliwego wypadku, to świadczenie będzie wypłacane w kwocie 60 zł za każdy dzień przez pierwsze 14 dni oraz w wysokości 40 zł za każdy dzień od 15-go dnia pobytu w szpitalu. Świadczenie za pobyt w szpitalu będzie wypłacane maksymalnie przez 90 dni w okresie każdego roku, liczonego od daty wejścia w życie polisy. Klauzula dotyczy tylko wariantu III.