**Załącznik nr 1**

**Opis przedmiotu zamówienia**

1. **Przedmiotem niniejszego postępowania są usługi dobrowolnego grupowego ubezpieczenia na życie pracowników Regionalnego Centrum Rozwoju Edukacji w Opolu i członków ich rodzin (część 1) oraz świadczenia zniżki lekowej (część 2)**
   1. Przewidywana liczba osób do ubezpieczenia **65** (aktualnie Zamawiający zatrudnia 81 osób – stan na październik 2015 roku).
   2. Zamawiający nie gwarantuje, że wszyscy pracownicy skorzystają z możliwości przystąpienia do ubezpieczenia grupowego.

Zamawiający przewiduje miesięczny koszt ubezpieczenia jednej osoby nie wyższy niż **57 PLN dla części 1 OPZ oraz nie wyższy niż 5 PLN dla części 2.**

* 1. Struktura wiekowo-płciowa i zawodowa pracowników Zamawiającego – stan na październik 2015 roku – załącznik nr 1a

1. **Zakres ubezpieczenia** – minimalny wymagany - zgodnie z poniższą tabelą.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| l.p. | **Zakres ubezpieczenia - minimalny oczekiwany** | **Wariant I** |
| **Część 1** | | |
| 1 | Zgon ubezpieczonego | 60 000 |
| 2 | Zgon ubezpieczonego spowodowany zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym | 100 000 |
| 3 | Zgon ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem | 120 000 |
| 4 | Zgon ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym | 180 000 |
| 5 | Zgon ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy | 180 000 |
| 6 | Zgon ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym przy pracy | 240 000 |
| 7 | Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku NW - za 1% | 550 |
| 8 | Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku zawału serca - za 1% | 500 |
| 9 | Zgon małżonka/partnera ubezpieczonego | 17 500 |
| 10 | Zgon małżonka/partnera ubezpieczonego spowodowana NW | 37 500 |
| 11 | Zgon rodzica lub rodzica małżonka/partnera ubezpieczonego | 2 800 |
| 12 | Zgon dziecka ubezpieczonego | 4 500 |
| 13 | Urodzenie się martwego dziecka ubezpieczonemu | 3 700 |
| 14 | Urodzenie się dziecka ubezpieczonemu | 1 850 |
| 15 | Osierocenie dziecka przez ubezpieczonego | 4 500 |
| 16 | Pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby | 50 |
| 17 | Pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku | 200 |
| 18 | Pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego | 250 |
| 19 | Pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku przy pracy | 250 |
| 20 | Pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy | 300 |
| 21 | Pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku zawału serca | 150 |
| 22 | Pobyt ubezpieczonego na OIT/OIOM | 500 |
| 23 | Rekonwalescencja ubezpieczonego po pobycie w szpitalu | 25 |
| 24 | Poważne zachorowanie ubezpieczonego | 5 000 |
| 25 | Operacje Chirurgiczne ubezpieczonego | 300 |
| 26 | Leczenie specjalistyczne ubezpieczonego | 2 500 |
| 27 | Zasiłek apteczny | 200 |
| 28 | Trwała niezdolność ubezpieczonego do pracy | 20 000 |
| **Część 2** | | |
| 29 | Zniżka lekowa | Tak |

UWAGA! W tabeli podano skumulowane wartości świadczeń.

1. **Warunki obligatoryjne**
   1. 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.
   2. Przystępowanie do ubezpieczenia w pierwszym miesiącu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przez pracowników/ małżonków/ pełnoletnie dzieci, w pełnym zakresie ubezpieczenia określonym w pkt. 2 **Opisu przedmiotu zamówienia** grupowe ubezpieczenie na życie – „Zakres ubezpieczenia” - bez żadnych okresów karencji.
   3. Wykonawca akceptuje przystąpienie do umowy ubezpieczenia osób **aktualnie ubezpieczonych**, które w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia przebywają na zwolnieniu lekarskim, świadczeniu rehabilitacyjnym, urlopach macierzyńskich, ojcowskich, rodzicielskich, wychowawczych, bezpłatnych.
   4. Wykonawca zagwarantuje możliwość przystępowania do ubezpieczenia do 69 roku życia, w pełnym zakresie ubezpieczenia określonym pkt. 2 Opisu przedmiotu zamówienia grupowe ubezpieczenie na życie – „Zakres ubezpieczenia”, z zastrzeżeniem, iż do ubezpieczenia mogą przystąpić wszyscy aktualnie ubezpieczeni, bez względu na wiek.
   5. Wykonawca zapewni ubezpieczonym prawo do dożywotniej indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.
2. Wykonawca zapewni ubezpieczonym indywidualną kontynuację ubezpieczenia, której warunki i niezmienna w całym okresie trwania tej opcji ubezpieczenia kontynuowanego cena (nie wyższa niż 7 PLN za każdy 1000 sumy ubezpieczenia) będą jednakowe dla wszystkich ubezpieczonych, bez oceny ryzyka medycznego i finansowego, na podstawie OWU indywidualnie kontynuowanego, które wraz z ofertą Indywidualnej Kontynuacji stanowić będą załącznik do przedmiotowej oferty Wykonawcy, z zastrzeżeniem.
3. Minimalny zakres ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego po 70 roku życia ubezpieczonego winien obejmować następujące ryzyka:

Zgon ubezpieczonego, zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, urodzenie się dziecka (żywego i martwego ubezpieczonemu), zgon dziecka, zgon rodziców i teściów, zgon małżonka ubezpieczonego, osierocenie dziecka przez ubezpieczonego, trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego.

1. Warunki przystąpienia do ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego:
2. prawo do kontynuacji przysługuje po 6 miesiącach stażu w ubezpieczeniu;
3. 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;
4. nie dopuszcza się uzależniania przyznania prawa do ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego od stanu zdrowia ubezpieczonego.
   1. W przypadku orzekania o wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu na podstawie badania i wywiadu lekarskiego przeprowadzanego przed komisją lekarską (lub przed lekarzem orzecznikiem) Wykonawca zapewni placówkę przeprowadzającą niniejsze badania zlokalizowaną w Opolu. Jednocześnie Zamawiający dopuszcza orzekanie komisji lekarskiej w trybie zaocznym, bez badania lekarskiego na podstawie otrzymanej dokumentacji medycznej, z zastrzeżeniem, że ewentualna procedura odwoławcza odbywa się obowiązkowo przed komisją lekarską.
   2. Wykonawca zapewni bez dodatkowych kosztów aplikację internetową do obsługi umowy ubezpieczenia na życie, umożliwiającej m.in.: identyfikację ubezpieczonych, rozliczenia miesięczne składek, wypełnianie dokumentów ewidencyjnych oraz przygotowanie dokumentacji świadczeniowej.
   3. Klauzula początku odpowiedzialności ubezpieczyciela.

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

1. następującego po dniu złożenia przez ubezpieczonego przedstawicielowi Ubezpieczającego, pisemnego oświadczenia (deklaracji, wniosku lub innego dokumentu zaakceptowanego przez Wykonawcę) wyrażającego zgodę na przystąpienie do ubezpieczenia;
2. pod warunkiem zapłacenia przez ubezpieczającego pierwszej składki na rzecz danego ubezpieczonego w przypadającym w tym miesiącu terminie opłacenia składki.
   1. Klauzula opóźnienia zapłaty składki - termin opłacania składek­.
3. zamawiający zobowiązany jest do zapłaty pierwszej i każdej następnej składki w terminie do 15-go dnia miesiąca licząc od pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna;
4. w przypadku niezapłacenia przez zamawiającego składki, w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia w terminie, o którym mowa w ust. a, zakład ubezpieczeń wezwie ubezpieczającego do zapłaty składki w dodatkowym terminie, wyznaczonym przez zakład ubezpieczeń w pisemnym wezwaniu oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia składki w dodatkowym terminie;
5. w przypadku braku możliwości potrącenia składki za ubezpieczenie pracownika z jego miesięcznego wynagrodzenia przez Zamawiającego, pracownik ma prawo indywidualnego opłacania składki na konto Wykonawcy, do czasu ustania przyczyny niniejszego ograniczenia.
   1. Klauzula końca odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.

Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się:

* + 1. w dniu końca okresu, za który opłacono składkę, jeżeli ubezpieczony zrezygnował z ubezpieczenia;
    2. w dniu końca okresu, za który opłacono składkę – w przypadku ustania łączącego ubezpieczonego z ubezpieczającym stosunku będącego podstawą do objęcia ubezpieczonego ochroną. Jeżeli ta data jest ostatnim dniem miesiąca, w którym ustał stosunek łączący ubezpieczonego z ubezpieczającym, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń może być przedłużona o jeden miesiąc pod warunkiem opłacenia składki za ten miesiąc;
    3. w dniu śmierci ubezpieczonego;
    4. w dniu rozwiązania umowy.
  1. Klauzula wyłączeń generalnych.

Zakład ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zgonu ubezpieczonego jedynie w przypadku, gdy zdarzenie nastąpiło w wyniku:

* 1. działań wojennych, powstań, przewrotów wojskowych, stanu wojennego;
  2. czynnego, dobrowolnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach oraz w aktach przemocy lub terroru;
  3. samobójstwa popełnionego przez ubezpieczonego w okresie pierwszego roku od momentu objęcia odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń;
  4. popełnienia przez ubezpieczonego czynu noszącego znamiona umyślnego przestępstwa, co zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym.
  5. Klauzula wyłączeń w odniesieniu do następstw nieszczęśliwych wypadków.

Zakład ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku jedynie w przypadku, gdy zdarzenie nastąpiło w wyniku:

1. wojny, działań wojennych, stanu wojennego, udziału ubezpieczonego w zamieszkach, masowych, rozruchach społecznych oraz terroru świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
2. samookaleczenia, usiłowania lub popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa;
3. popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu noszącego znamiona umyślnego przestępstwa co zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym;
4. prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu bez odpowiednich do prowadzenia danego pojazdu, chyba, że prowadzenie pojazdu bez uprawnień zostało spowodowane stanem wyższej konieczności lub obrony koniecznej, tj. sytuacjach opisanych przepisami polskiego prawa;
5. spożycia alkoholu – zawartość alkoholu we krwi:
6. powyżej 0,2‰ w odniesieniu do osoby prowadzącej pojazd mechaniczny;
7. powyżej 0,5‰ w odniesieniu do pozostałych osób o ile spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,
8. spożycia narkotyków, środków odurzających, psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, nie zaleconych przez lekarza,  
   o ile spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku;
9. 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;
10. poddania się eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi medycznemu przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub osoby do tego uprawnionej, przy czym definicja eksperymentu jest zgodna z zapisami ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty; wyłączenie nie ma zastosowania w przypadku ratowania życia lub zdrowia ubezpieczonego;
11. wykonywania czynności zawodowych bez posiadania odpowiednich uprawnień lub wymaganego odpowiednimi przepisami szkolenia;
12. uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem, zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba, że chodziło o leczenie następstw nieszczęśliwych wypadków.
    1. Klauzula odpowiedzialności.
       1. Prawo do świadczenia z **tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu lub przebycia operacji** przysługuje, jeżeli pobyt/operacja miał/-a miejsce w okresie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń a data zdarzenia miała miejsce **w okresie ubezpieczenia oraz dodatkowo** przed początkiem odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń w stosunku do danej osoby, pod warunkiem, że:
       2. zdarzenie miało 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 było objęte ochroną ubezpieczeniową;
       3. ochrona z tytułu umowy ubezpieczenia, o której mowa w pkt a. wygasła nie wcześniej niż w miesiącu poprzedzającym datę początku odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń w danym zakresie;
       4. ubezpieczony przedstawi dokument potwierdzający informacje określone w pkt a.  
          i b. oraz polisę lub inny dokument określający wysokość świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w umowie, o której mowa w pkt a.;
       5. ubezpieczony przedstawi dokument potwierdzający rezygnację z lub rozwiązanie umowy ubezpieczenia o której mowa w pkt a.;
    2. Klauzula odpowiedzialności z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku samobójstwa.

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

1. **Definicje i warunki. Dla części 1 - pkt 1) do pkt 19) dla części 2 - pkt 20)**

Poniższe definicje i warunki obowiązują w pełnym zakresie ubezpieczenia.

1. Zgon ubezpieczonego

**Klauzula definicji ubezpieczonego** – ubezpieczonym może być pracownik wg definicji w ust. 4. pkt 1) lit. a) oraz członek rodziny ubezpieczonego pracownika tj. współmałżonek, partner oraz pełnoletnie dziecko wg definicji w ust. 4. pkt 1) lit. b) i ust. 4. pkt 1) lit. c) niniejszego zapytania.

1. osoba zatrudniona przez ubezpieczającego 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 agencyjnej oraz osoba zatrudniona w ramach umowy zawartej w wyniku powołania członkostwa lub wyboru, np. do organów zarządzających,
2. współmałżonek/partner osoby zdefiniowanej w ust. 4. pkt 1) lit. a);

**małżonek ubezpieczonego** – osoba pozostająca z ubezpieczonym w związku małżeńskim;

**partner ubezpieczonego** – osoba pozostająca z ubezpieczonym w związku nieformalnym, prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, nie pozostająca z ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa, która nie pozostaje z inną osoba w związku formalnym. Wskazanie partnera następuje przez pisemne oświadczenie ubezpieczonego w momencie jego (pracownika) przystępowania do ubezpieczenia (na druku deklaracji przystąpienia, zmiany lub innym wskazanym przez Wykonawcę formularzu). Ubezpieczony zdefiniowany w ust. 4. pkt 1) lit. a) wskazujący/zgłaszający partnera do ubezpieczenia nie może pozostawać w związku małżeńskim z osobą trzecią;

1. pełnoletnie dziecko osoby zdefiniowanej w ust. 4. pkt 1) lit. a) - uznanie za osobę pełnoletnią następuje z uwzględnieniem przepisów Kodeksu Cywilnego bez górnego ograniczenia wieku dziecka przystępującego do ubezpieczenia.
2. Zgon ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub krwotoku śródmózgowego.

**Zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego spowodowana nagłym zmniejszeniem dopływu krwi do mięśnia sercowego (potwierdzone w karcie zgonu lub protokole sekcyjnym).

**Krwotok śródmózgowy –** wynaczynienie krwi do tkanki mózgowej.

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

1. Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku

**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 objęte odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń.

1. Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego

**Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek zaistniały w związku z ruchem pojazdów lądowych, szynowych, 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 kodeksu drogowego, lotniczego, morskiego oraz ustawy o transporcie kolejowym. Z zakresu ochrony wyłączone są zdarzenia związane z ruchem ww. pojazdów o charakterze sportowym, tj. udziałem  
w zawodach, konkursach, rajdach, wyścigach.

1. Zgon ubezpieczonego w wyniku 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.

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 na umowę o pracę, w tym również ubezpieczeni współmałżonkowie/ partnerzy i pełnoletnie dzieci pracowników).

Wystąpienie wypadku przy pracy winno być potwierdzone przez służby BHP.

1. Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – za każdy 1 % uszczerbku na zdrowiu

**Trwały uszczerbek** - trwałe, nie rokujące 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.

1. Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub krwotoku śródmózgowego – za każdy 1 % uszczerbku na zdrowiu.

**Trwały uszczerbek** - trwałe, nie rokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji, powstałe w wyniku zawału serca lub krwotoku zaistniałego  
w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.

**Zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego spowodowana nagłym zmniejszeniem dopływu krwi do serca której rozpoznanie musi być potwierdzone wystąpieniem trzech spośród wymienionych charakterystycznych objawów zawału:

1. typowe dla zawału serca dolegliwości bólowe,
2. świeże zmiany w zapisie EKG potwierdzające wystąpienie zawału
3. pojawienie się patologicznego załamka Q w EKG nieobecnego przed zdarzeniem
4. pojawieniem się nieistniejących wcześniej globalnych lub regionalnych zaburzeń kurczliwości mięśnia sercowego w badaniach obrazowych,
5. podwyższone stężenie enzymów sercowych lub innych markerów charakterystycznych dla zawału serca,
6. frakcja wyrzutowa lewej komory serca wynosi mniej niż 45% (wg pomiaru uzyskanego w okresie co najmniej 6 tygodniach od daty zdarzenia).

**Krwotok śródmózgowy –** wynaczynienie krwi do tkanki mózgowej.

1. Zgon małżonka/partnera ubezpieczonego

**Małżonek ubezpieczonego** - osoba pozostająca z ubezpieczonym w związku małżeńskim lub partner ubezpieczonego.

**Partner ubezpieczonego** – osoba pozostająca z ubezpieczonym w związku nieformalnym, prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, niepozostająca z ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa, która nie pozostaje z inną osoba  
w związku formalnym.

Wskazanie partnera następuje przez pisemne oświadczenie ubezpieczonego w momencie jego (pracownika) przystępowania do ubezpieczenia (na druku deklaracji przystąpienia, zmiany lub innym wskazanym przez Wykonawcę formularzu).

Ubezpieczony zdefiniowany ust. 4. pkt 1) lit. a) wskazujący partnera do ubezpieczenia nie może pozostawać w związku małżeńskim z osobą trzecią.

1. Zgon małżonka/ partnera ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – zastosowanie mają definicje określone w ust. 4. pkt 1) lit. b) i ust. 4. pkt 8) **części** „DEFINICJE I WARUNKI”.
2. Zgon rodzica ubezpieczonego lub rodzica małżonka/partnera ubezpieczonego
   1. zakład ubezpieczeń zobowiązany jest do wypłaty wymienionego świadczenia w przypadku zgonu:

rodzica ubezpieczonego albo ojczyma lub macochy ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio ojciec lub matka ubezpieczonego,

rodzica aktualnego małżonka ubezpieczonego albo ojczyma lub macochy małżonka ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio ojciec lub matka małżonka ubezpieczonego,

* 1. w odniesieniu do macochy/ojczyma świadczenie jest należne, o ile macocha/ ojczym nie zawarł kolejnego związku małżeńskiego,

1. na potrzeby umowy ubezpieczenia za macochę/ ojczyma uważa się aktualnego współmałżonka biologicznego rodzica ubezpieczonego,
2. na potrzeby umowy ubezpieczenia za rodzica małżonka uważa się odpowiednio rodzica/ ojczyma/ macochę partnera ubezpieczonego.
   1. zakład ubezpieczeń nie stosuje ograniczenia liczby wypłacanych świadczeń z danego tytułu.
3. Zgon dziecka ubezpieczonego

Zakład ubezpieczeń 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), które w dniu śmierci nie ukończyło 18 roku życia lub 25 roku życia jeśli się uczy lub bez względu na wiek jeżeli w stosunku do danego dziecka orzeczono całkowitą niezdolność do pracy co zostanie potwierdzone stosownym orzeczeniem właściwego organu rentowego.

1. Urodzenie się martwego dziecka ubezpieczonemu

**Klauzula dziecka martwo urodzonego**

Zakład ubezpieczeń 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.

1. Urodzenie się dziecka ubezpieczonemu

**Klauzula urodzenia się dziecka**

Zakład ubezpieczeń 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, jeżeli ubezpieczony widnieje, jako rodzic w akcie urodzenia, a data urodzenia dziecka przypada w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia.

1. Osierocenie dziecka na skutek zgonu ubezpieczonego

W przypadku zgonu ubezpieczonego zakład ubezpieczeń 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;

**uczęszczanie do szkoły** – kształcenie w publicznej lub niepublicznej placówce edukacyjnej położonej na terytorium RP. W przypadku kształcenia poza granicami minimalny zakres terytorialny - na terenie krajów UE, USA, Kanady, Australii, Nowej Zelandii, Japonii, Islandii, Monako, Norwegii, Szwajcarii, Watykanu.

1. Pobyt ubezpieczonego w szpitalu – na skutek wypadku lub choroby.
   * + 1. **pobyt w szpitalu** – trwający nieprzerwanie minimum 4 dni (rozumiane jako zmiana daty dziennej uwzględniona w dokumentach medycznych) w wyniku choroby lub minimum 1 dzień, pobyt ubezpieczonego w szpitalu’
       2. **szpital** – działający zgodnie z prawem zakład lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest realizacja świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego,  
          z wyłączeniem pobytu w placówkach sanatoryjnych i uzdrowiskowych, w placówkach lub oddziałach leczenia psychiatrycznego, w placówkach i oddziałach rehabilitacyjnych (z wyłączeniem pierwszego pobytu w celu usunięcia następstw NW lub choroby), lub placówkach leczenia uzależnień, hospicjach, placówkach dla przewlekle chorych, zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz zakładach pielęgnacyjno – opiekuńczych,
       3. zakład ubezpieczeń zobowiązany jest do wypłaty świadczenia w przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu, co najmniej na terytorium krajów UE,
       4. liczba dni pobytu w szpitalu, za które Wykonawca ponosi odpowiedzialność nie może być mniejsza niż 90 dni w roku polisowym,
       5. stawka bazowa za pierwsze 14 dni każdego pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem określona jest w tabeli minimalnych świadczeń, od 15 dnia Zamawiający dopuszcza ustalenie wysokości świadczenia wynikające z OWU Wykonawcy.
       6. 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,
       7. nie dopuszcza się uzależniania wypłaty świadczenia od stanu zdrowia ubezpieczonego przed przystąpieniem do umowy.
       8. 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, potwierdzony zwolnieniem lekarskim wystawionym przez szpital, w którym przebywał ubezpieczony.

Zakład ubezpieczeń zobowiązany jest do wypłaty świadczenia w postaci zasiłku dziennego określonego w tabeli oczekiwanych świadczeń.

* + - 1. Zakresem ochrony objęta jest również pobyt ubezpieczonego na OIOM/OIT:

**OIOM/OIT**– oddział intensywnej opieki medycznej (w tym również oddział intensywnej terapii) – wyodrębniony oddział szpitalny, wyposażony w aparaturę medyczna umożliwiającą monitorowanie oraz podtrzymywanie funkcji życiowych. Nie dopuszcza się możliwości uzależniania uznania zasadności wypłaty świadczenia od przyczyny pobytu na OIOM/OIT.

Minimalny pobyt na OIOM/OIT uprawniający do wypłaty świadczenia to 2 dni (rozumiane jako zmiana daty dziennej). Wykonawca wypłaci świadczenie za każdy taki pobyt na OIOM/OIT w kwocie określonej w tabeli świadczeń.

* + - 1. Zakresem ochrony objęta jest również **zasiłek apteczny**.

Wykonawca wypłaci dodatkowe świadczenie „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.

Zakład ubezpieczeń 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.

1. Poważne zachorowanie ubezpieczonego
   1. Zakład ubezpieczeń zobowiązany jest do wypłaty świadczenia w wysokości określonej w tabeli oczekiwanych świadczeń w przypadku wystąpienia u ubezpieczonego któregokolwiek z wymienionych w katalogu stanów chorobowych, zabiegów lub operacji, bez ograniczenia liczby świadczeń możliwych do wypłaty w roku polisowym oraz bez ograniczania częstotliwości wypłat.
   2. Zakład ubezpieczeń 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.
   3. Minimalny katalog poważnych zachorowań powinien obejmować 22 jednostki chorobowe.
2. Leczenie specjalistyczne ubezpieczonego
3. Zakład ubezpieczeń 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.
4. Minimalny katalog metod leczenia powinien obejmować: chemioterapię lub radioterapię, ablację, terapię interferonową, wszczepienie rozrusznika serca, wszczepienie defibrylatora/kardiowertera.
5. Świadczenie wypłacane jest niezależnie od świadczenia z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego.
6. Operacje chirurgiczne ubezpieczonego
7. **Operacja chirurgiczna** - zabieg chirurgiczny, wykonany w warunkach szpitalnych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, niezbędny z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu.
8. Minimalne świadczenie z tytułu przeprowadzenia u ubezpieczonego operacji winno być nie niższej niż określona w tabeli minimalnych oczekiwanych świadczeń.
9. W zakresie niniejszego zdarzenia podana wysokość świadczenia w lit. b) – dotyczy minimalnej wysokości świadczenia natomiast rosnąca 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. Zamawiający wymaga podziału zabiegów operacyjnych na minimum 3 kategorie (klasy).
10. Nie dopuszcza się uzależniania wypłaty świadczenia od stanu zdrowia ubezpieczonego przed przystąpieniem do umowy.
11. Katalog objętych ochroną ubezpieczeniową zabiegów operacyjnych powinien stanowić załącznik do oferty ubezpieczenia i zawierać miń. 500 zabiegów.
12. Trwała niezdolność ubezpieczonego do pracy i samodzielnej egzystencji

**Trwała niezdolność ubezpieczonego do pracy i samodzielnej egzystencji** – trwała niezdolność ubezpieczonego do wykonywania pracy zarobkowej oraz do samodzielnej egzystencji, trwająca przez okres co najmniej 6 miesięcy, powstała w okresie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, co do której to niezdolności zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania przez ubezpieczonego zdolności do pracy.

1. Świadczenie zniżki lekowej (część 2)

**Zniżka na zakup antybiotyków –** świadczenie umożliwiające zakup wszystkich antybiotyków dostępnych w Polsce, którego można dokonać w aptece, wyłącznie na podstawie recepty, z min. 80% rabatem. Antybiotyk rozumiany jest tu jako lek mający aktualne pozwolenie na dopuszczenie do obrotu wydane przez odpowiedni organ, widniejący w Rejestrze Produktów Leczniczych. Świadczenie powinno być dostępne również dla najbliższej rodziny pracowników Zamawiającego. Wykonawca powinien zapewnić możliwość zrealizowania świadczenia w szerokiej bazie punktów (aptek) w całej Polsce. Brak wyłączeń z tytułu uprzednio występującej choroby, czy chorób przewlekłych.

1. **Postanowienia dodatkowe.**
2. W przypadku rozbieżności pomiędzy zapisami SIWZ a Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia (OWU), pierwszeństwo mają zapisy SIWZ.
3. Zamawiający akceptuje odmienną treść definicji, o ile nie zawęża ona zakresu ochrony i uprawnień ubezpieczonych w stosunku do założeń SIWZ.
4. Jeżeli Wykonawca nie przedstawi w OWU któregoś z ryzyk objętych zakresem ubezpieczenia Zamawiający przyjmie, że warunki udzielania ochrony ubezpieczeniowej opisują wyłącznie zapisy uwzględnione w SIWZ.
5. W związku z wykonywaniem czynności brokerskich w ramach przedmiotowego postępowania Nord Partner Sp. z o.o. przysługuje od Wykonawcy kurtaż w wysokości 10% inkasa składki.
6. W ramach wykonywania czynności administracyjnych związanych z realizacją umowy ubezpieczenia Nord Partner Sp. z o.o. zastrzega sobie prawo korzystania z podwykonawców.