



DZP.290.4.2025

Siedlce, dn. 31 stycznia 2025 r.

Załącznik nr 2 do SWZ

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

I. Informacje ogólne

1. Przedmiotem zamówienia jest grupowe ubezpieczenie pracowników Uniwersytetu w Siedlcach (zwane dalej „ubezpieczeniem”), na warunkach określonych w niniejszej specyfikacji.

2. Z ochrony ubezpieczeniowej - na warunkach określonych w wyniku niniejszego postępowania - korzystać mogą również współmałżonkowie, pełnoletnie dzieci oraz partnerzy życiowi, pod warunkiem uiszczenia składki ubezpieczeniowej.

Warunki ubezpieczenia dla członków rodziny i partnerów życiowych muszą być identyczne jak dla pracowników Uniwersytetu.

3. Zamawiający informuje, iż wg stanu na dzień wszczęcia niniejszego postępowania, z ubezpieczenia grupowego korzystało 557 pracowników Zamawiającego i członków ich rodzin, z czego 293 osoby opłacało składkę w wysokości 65,50 zł, a 264 osoby w wysokości 84,50 zł.

Łączna ilość pracowników Uniwersytetu wg stanu na dzień 31 grudnia 2024 r. wynosi 787 osób. Zestawienie liczbowe pracowników Uniwersytetu, z uwzględnieniem ich wieku, płci oraz charakteru wykonywanej pracy.

Zamawiający nie gwarantuje, że wszyscy pracownicy przystąpią do ubezpieczenia, gdyż przystąpienie takie jest uwarunkowane indywidualną decyzją każdego pracownika. Liczba osób ubezpieczonych może ulec zmianie w trakcie realizacji umowy.

4. Składka ubezpieczeniowa obejmuje cały zakres ubezpieczenia a jej wysokość jest niezmienna przez cały okres ubezpieczenia.

Wysokość miesięcznej składki ubezpieczeniowej opłacanej przez Zamawiającego będzie iloczynem aktualnej liczby ubezpieczonych oraz miesięcznej składki zaoferowanej przez Wykonawcę (z uwzględnieniem dwóch wariantów ubezpieczenia).

Składka za pracownika, jak również za jego małżonka i pełnoletnie dziecko oraz partnera życiowego (jeśli przystąpią do ubezpieczenia), będzie potrącana z wynagrodzenia pracownika za jego zgodą.

Zamawiający zobowiązuje się do przekazania składki ubezpieczeniowej w terminie do ostatniego dnia miesiąca, którego składka dotyczy. Składka będzie opłacana przelewem na rachunek bankowy wskazany przez Wykonawcę. Składkę uważa się za opłaconą z chwilą uznania rachunku bankowego Wykonawcy. Nieopłacenie przez Zamawiającego składki w całości lub w części w terminie, nie powoduje ustania odpowiedzialności Wykonawcy. Wykonawca w takim przypadku wzywa Zamawiającego do uzupełnienia zaległości, wskazując, co najmniej 14-dniowy dodatkowy termin zapłaty składki.

5. Wykonawca obejmie ubezpieczeniem pracowników, małżonków, pełnoletnie dzieci pracowników i partnerów życiowych (również dotychczas nieubezpieczonych) bez okresu karencji w pełnym zakresie, pod warunkiem, że ww. osoby przystąpiły do ubezpieczenia przez pierwsze 3 miesiące 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.



6. W przypadku pracowników, małżonków, pełnoletnich dzieci pracowników i partnerów życiowych przystępujących do ubezpieczenia po okresie określonym w pkt. 5 dopuszcza się maksymalnie 6 miesięczną karencję w pełnym zakresie ubezpieczenia, z wyjątkiem:

- urodzenie się dziecka (maksymalna karencja 9 miesięcy),
- poważne zachorowanie (maksymalna karencja 3 miesiące),
- operacje chirurgiczne (maksymalna karencja 3 miesiące),
- leczenie specjalistyczne (maksymalna karencja 3 miesiące)
- leczenie szpitalne (maksymalna karencja 1 miesiąc).

Powyższe okresy karencji nie dotyczą zdarzeń powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku, dla których karencja jest wyłączona.

7. Wykonawca nie może odmówić wypłaty świadczenia z tytułu świadczeń zdrowotnych, powołując się na fakt, iż zajście zdarzenia jako przyczyna skutkująca wypłatą świadczenia zdrowotnego miała miejsce przed początkiem odpowiedzialności z tytułu umowy zawartej w drodze niniejszego postępowania przetargowego, zgodnie z następującą klauzulą pre-existingu:

- Ubezpieczyciel przejmie odpowiedzialność za skutki stanów chorobowych oraz wypadków, które zostały stwierdzone/zaszły przed początkiem odpowiedzialności Wykonawcy, powodujących nabycie przez ubezpieczonego prawa do świadczenia w okresie odpowiedzialności Wykonawcy;

Chodzi w szczególności o sytuację, w której Wykonawca odpowie za zdarzenie ubezpieczeniowe, gdy przyczyna miała miejsce przed datą objęcia odpowiedzialności przez Wykonawcę, o ile samo zdarzenie ubezpieczeniowe (np. pobyt ubezpieczonego w szpitalu) miało miejsce w okresie odpowiedzialności wykonawcy.

8. W przypadku, gdy zajście zdarzenia powoduje powstanie odpowiedzialności Wykonawcy w stosunku do ubezpieczonego z więcej niż jednego ubezpieczonego ryzyka ujętego w programie, świadczenie ze wszystkich ryzyk zostanie wypłacone w pełnej wysokości bez zastosowania potrąceń przewidzianych ogólnymi warunkami ubezpieczenia Wykonawcy.

9. W celu zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej Wykonawca nie może odmówić wypłaty świadczenia z tytułu śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wypadku komunikacyjnego, wypadku przy pracy, oraz śmierci w wyniku udaru mózgu (niedokrwiennego i krwotocznego) lub zawału serca powołując się na fakt, iż zajście zdarzenia jako przyczyna śmierci miała miejsce przed początkiem odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej w drodze niniejszego postępowania przetargowego. Zachowanie ciągłości ochrony ubezpieczeniowej dotyczy osób dotychczas ubezpieczonych przystępujących do nowej umowy ubezpieczenia.

10. W odniesieniu do ubezpieczonych będących pracownikami Uniwersytetu, Wykonawca zobowiązany jest do objęcia ochroną ubezpieczeniową wszystkich pracowników Uniwersytetu, zarówno dotychczas ubezpieczonych jak i nowo zatrudnionych (dotychczas nieubezpieczonych) przebywających na zwolnieniach lekarskich, urlopach macierzyńskich, urlopach wychowawczych, urlopach bezpłatnych, przebywających w szpitalu a także osób uznanych za niezdolne do pracy lub niezdolne do służby orzeczeniem właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym.

W odniesieniu do współubezpieczonych, nie będących pracownikami Uniwersytetu, Wykonawca zobowiązany jest do objęcia ochroną ubezpieczeniową współubezpieczonych, przebywających na zwolnieniach lekarskich, urlopach macierzyńskich, urlopach bezpłatnych, przebywających w szpitalu a także osób uznanych za niezdolne do pracy lub niezdolne do służby orzeczeniem właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym wyłącznie pod warunkiem zachowania ciągłości ubezpieczenia; Wykonawca nie będzie zobowiązany do objęcia ochroną ubezpieczeniową nowo przystępujących do ubezpieczenia współubezpieczonych przebywających na zwolnieniach lekarskich, przebywających w szpitalu a także osób uznanych za niezdolne do pracy lub



niezdolne do służby orzeczeniem właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym.

11. Do ubezpieczenia mogą przystąpić pracownicy Zamawiającego, współmałżonkowie oraz pełnoletnie dzieci i partnerzy życiowi pracowników, którzy w dniu składania deklaracji przystąpienia ukończyli 18 rok życia i nie ukończyli 69 roku życia. Wykonawca obejmie ochroną ubezpieczeniową wszystkie osoby dotychczas ubezpieczone w obowiązującej umowie ubezpieczenia bez względu na ich wiek. Jednocześnie Wykonawca zobowiązuje się, że osoby które ukończyły 69 rok życia i pozostają w stosunku zatrudnienia z Ubezpieczającym objęte będą ochroną ubezpieczeniową do ukończenia 75 roku życia. Wszyscy Ubezpieczeni objęci będą pełną ochroną ubezpieczeniową w zakresie wszystkich ryzyk programu ubezpieczeniowego do momentu zakończenia stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego z Zamawiającym oraz w przypadku małżonków/ partnerów i pełnoletnich dzieci tego ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia pracownika.

12. W stosunku do osób zgłaszających przystąpienie do ubezpieczenia, wskazanych w pkt 10, Wykonawca nie będzie dokonywał żadnej medycznej oceny ryzyka, w szczególności:

- 1) nie będą przeprowadzane ankiety medyczne ani nie będą pozyskiwane jakiegokolwiek informacje o stanie zdrowia ubezpieczonych;
- 2) Wykonawca nie będzie żądał od osób przystępujących do ubezpieczenia przedstawienia informacji na temat stanu ich zdrowia, zdrowia ich najbliższych w kwestiach istniejących lub przebytych chorób, powodów hospitalizacji itp.;
- 3) Wykonawca nie będzie kierował osoby zgłaszanej do ubezpieczenia na dodatkowe badania lub konsultacje medyczne.

Udzielenie ochrony ubezpieczeniowej nie będzie zależeć od udzielenia, odmowy bądź podania informacji na temat stanu zdrowia osoby przystępującej do ubezpieczenia.

Wykonawca nie będzie żądał na żadnym etapie (w szczególności w treści deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia) jakiegokolwiek oświadczeń lub informacji w zakresie niezdolności do pracy lub niezdolności do służby, stwierdzonej orzeczeniem właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym.

13. Wszelkie postanowienia SIWZ korzystniejsze od postanowień OWU wyłączają zapisy OWU. W przypadku rozbieżności pomiędzy zapisami OWU Wykonawcy a SIWZ, pierwszeństwo mają zapisy SIWZ. W sprawach nieuregulowanych w SIWZ zastosowanie mają postanowienia OWU Wykonawcy.

14. Ubezpieczonym, po co najmniej 1 miesięcznym okresie pozostawania w ubezpieczeniu grupowym, przysługuje prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, na zasadach określonych przez ubezpieczyciela, bez przeprowadzania ankiety medycznej. Prawo do indywidualnej kontynuacji obejmuje następujący minimalny zakres ubezpieczenia, określony w poniższej tabeli, przy założeniu, że maksymalna stopa składki wynosić będzie 7,00 zł za każdy 1000 zł sumy ubezpieczenia:

Zakres ochrony ubezpieczeniowej	Wysokość świadczeń (% sumy ubezpieczenia)
Zgon ubezpieczonego	100% sumy ubezpieczenia
Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	200% sumy ubezpieczenia*
Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (za 1% uszczerbku na zdrowiu)	4% sumy ubezpieczenia za 1% uszczerbku na zdrowiu
Zgon małżonka	100% sumy ubezpieczenia
Zgon rodziców / teściów ubezpieczonego	20% sumy ubezpieczenia
Urodzenie dziecka	10% sumy ubezpieczenia
Urodzenie martwego dziecka	20 % sumy ubezpieczenia
Zgon dziecka	30% sumy ubezpieczenia
Osierocenie dziecka	40% sumy ubezpieczenia



**skumulowana wysokość świadczenia*

Do okresu stażu uprawniającego do skorzystania z indywidualnej kontynuacji wliczany będzie okres obejmowania ochroną w ramach aktualnie obowiązującej u Ubezpieczonego umowy ubezpieczenia.

15. Ubezpieczony ma prawo w każdej chwili zrezygnować z ubezpieczenia, składając Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji. Złożenie oświadczenie skutkuje zakończeniem odpowiedzialności Wykonawcy z upływem ostatniego dnia miesiąca, za jaki przekazano składkę.

16. Osoby, które przestały być członkami grupy mogą pozostawać nadal ubezpieczone przez jeden kolejny miesiąc, pod warunkiem opłacenia składki za ten miesiąc.

17. Wykonawca zobowiązuje się do realizacji świadczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego, zgonu małżonka, urodzenia dziecka, urodzenia martwego dziecka, śmierci rodziców i teściów, śmierci dziecka oraz osierocenia dziecka maksymalnie w ciągu 7 dni roboczych od daty wpływu kompletnej dokumentacji. W przypadku pozostałych roszczeń, Wykonawca wykonuje zobowiązania najpóźniej w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu objętym odpowiedzialnością Wykonawcy. W przypadku gdy wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Wykonawcy w stosunku do ubezpieczonego albo wysokości zobowiązania okazało się niemożliwe, Wykonawca wykonuje zobowiązania w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

18. Zamawiający dopuszcza możliwość wypłaty świadczenia bez konieczności przeprowadzenia badania lekarskiego. Wypłata świadczenia następuje na podstawie zgłoszenia roszczenia i dostarczonej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia. Jednakże, w przypadku zgłoszenia stosownego żądania przez Ubezpieczonego, Wykonawca gwarantuje przeprowadzenie każdego badania lekarskiego (zarówno pierwszego, jak i odwoławczego badania lekarskiego) na terenie miasta Siedlce, w czasie dogodnym dla Ubezpieczonego.

Wyrażenie przez ubezpieczonego zgody na wysokość świadczenia zaproponowaną przez Wykonawcę (w szczególności w czasie rozmowy telefonicznej, za pośrednictwem sms'a lub w innej formie) nie wyłącza prawa ubezpieczonego do żądania ponownego rozpatrzenia sprawy przez Wykonawcę (w szczególności poprzez odwoławcze badanie lekarskie lub odwołanie w innej formie).

II. W.

III. Zakres podstawowy ubezpieczenia. Warianty ubezpieczenia

1. Przedmiot zamówienia obejmuje Ubezpieczenie w dwóch wariantach, zakładających inną wysokość składki ubezpieczeniowej oraz inną wysokość świadczeń z poszczególnych tytułów.

2. Zamawiający określa następującą **maksymalną** wysokość składki ubezpieczeniowej oraz następujące **minimalne** wysokości świadczeń z poszczególnych tytułów dla dwóch wariantów Ubezpieczenia:

L.p.	Zakres ubezpieczenia	Wymagana minimalna wysokość świadczenia w PLN	
		WARIANT 1. dla składki w wysokości max. 72 PLN	WARIANT 2. dla składki w wysokości max. 93 PLN
1.	Zgon Ubezpieczonego		
1.1	– zgon naturalny	60 000	75 000
1.2	– w wyniku zawału serca lub udaru mózgu niedokrwienego i krwotocznego	90 000	112 500
1.3	– w wyniku nieszczęśliwego wypadku	120 000	150 000
1.4	– w wyniku wypadku przy pracy	190 000	235 000
1.5	– w wypadku komunikacyjnym	190 000	235 000
1.6	– w wypadku komunikacyjnym przy pracy	260 000	320 000



2.	Trwały uszczerbek na zdrowiu		
2.1	– spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (za każdy 1% uszczerbku)	528	660
2.2	– spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu niedokrwiennym i krwotocznym (za każdy 1% uszczerbku)	544	680
3.	Zgon małżonka lub partnera życiowego Ubezpieczonego	13 000	16 000
4.	Zgon małżonka lub partnera życiowego Ubezpieczonego wskutek NW	28 000	35 000
5.	Zgon rodziców/rodziców małżonka lub partnera życiowego Ubezpieczonego	2 080	2 600
6.	Zgon rodziców/rodziców małżonka lub partnera życiowego Ubezpieczonego wskutek NW	4 160	5 200
7.	Zgon dziecka Ubezpieczonego	4 800	6 000
8.	Zgon dziecka Ubezpieczonego wskutek NW	9 600	12 000
9.	Urodzenie martwego dziecka	4 056	5 070
10.	Urodzenie dziecka	1 600	2 000
11.	Osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego	6 400	8 000
12.	Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	5 000	6 000
13.	Pobyt w szpitalu (wysokość świadczenia za 1 dzień pobytu)		
13.1	– w związku z chorobą	80	100
13.2	– w związku z nieszczęśliwym wypadkiem (od 1 do 14 dnia)	240	300
13.3	– w związku z wypadkiem komunikacyjnym (od 1 do 14 dnia)	320	475
13.4	– w związku z wypadkiem przy pracy (od 1 do 14 dnia)	440	475
13.5	– w związku z wypadkiem komunikacyjnym przy pracy (od 1 do 14 dnia pobytu)	520	650
13.6	– w związku z zawałem serca lub udarem mózgu niedokrwiennym i krwotocznym (od 1 do 14 dnia pobytu)	290	375
13.7	– w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, wypadkiem komunikacyjnym, przy pracy, zawałem serca lub udarem mózgu niedokrwiennym i krwotocznym (od 15 dnia pobytu)	80	100
13.8	– pobyt na OIOM jednorazowo	1 140	1 200
13.9	– świadczenie za dzień rekonwalescencji (lub zamiennie rehabilitacji poszpitalnej)	40	50
14.	Operacje chirurgiczne	3 300 – I klasa operacji 1 980 – II klasa operacji 660 – III klasa operacji	4 400 – I klasa operacji 2 640 – II klasa operacji 880 – III klasa operacji
15.	Ryczałt na leki	200	300
16.	Trwała niezdolność do pracy w wyniku	16 000	20 000



	nieszczęśliwego wypadku lub choroby		
17.	Leczenie specjalistyczne	2 860	4 290
18.	Prawo do indywidualnej kontynuacji	TAK	TAK

3. Wykonawca składający ofertę zobowiązany jest zaoferować wysokości świadczeń nie niższe niż wskazane powyżej.
4. Użyte w tabeli określenia oznaczają:
 - 1) **zgon naturalny** – zgon ubezpieczonego;
 - 2) **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe, niezależne od woli ubezpieczonego i stanu jego zdrowia, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną; zdarzenie musi być wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego odpowiedzialnością Wykonawcy.
 - 3) **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek, w którym ubezpieczony uczestniczył jako kierowca lub pasażer środka lokomocji, a który uległ wypadkowi w związku z ruchem drogowym, wodnym i powietrznym, a także w związku z ruchem pojazdu szynowego. Za uczestników wypadku komunikacyjnego uznaje się również ubezpieczonego występującego w charakterze rowerzysty lub pieszego; na potrzeby definicji wypadku komunikacyjnego przyjmuje się następujące definicje poszczególnych pojazdów:
 - a) pojazd w ruchu drogowym – pojazd rozumiany zgodnie ze znaczeniem nadanym przez obowiązujące przepisy prawa o ruchu drogowym; pojazdem jest również tramwaj;
– pojazd szynowy - pojazd kolejowy ciągnięty przez pojazd trakcyjny, z tym że:
– pojazd kolejowy, oznacza pojazd stosowany do poruszania się na własnych kołach po torach kolejowych,
 - b) pojazd trakcyjny oznacza pojazd kolejowy z napędem własnym, w tym metro,
 - c) pojazd w ruchu wodnym – pasażerski albo towarowy statek morski albo statek śródlądowy – z wyjątkiem okrętów wojennych – o napędzie silnikowym lub żaglowym,
 - d) pojazd w ruchu powietrznym – pasażerski statek powietrzny koncesjonowanych linii lotniczych.
 - 4) **wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego zwykłych czynności albo poleceń przełożonych w ramach łączącego ubezpieczonego z ubezpieczającym stosunku pracy albo stosunku cywilnoprawnego;
 - 5) **współmałżonek**- osoba pozostająca z ubezpieczonym w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 6) **zgon dziecka**- zgon dziecka własnego lub przysposobionego oraz pasierba ubezpieczonego (jeżeli nie żyje ojciec lub matka), bez względu na jego wiek;
 - 7) **partner życiowy** – osoba, bez względu na płeć, wskazana przez pracownika w deklaracji przystąpienia jako osoba z nim nie spokrewniona, pozostająca z pracownikiem w nieformalnym związku, prowadząca z pracownikiem wspólne gospodarstwo domowe oraz nie pozostająca w związku małżeńskim z osobą trzecią; jedynym potwierdzeniem przez ubezpieczonego faktu bycia w związku partnerskim jest wskazanie partnera życiowego w deklaracji przystąpienia; Wykonawca nie może żądać żadnych dodatkowych potwierdzeń bycia w związku partnerskim;
 - 8) **urodzenie martwego dziecka** - urodzenie martwego dziecka w rozumieniu przepisów dotyczących porodów i urodzeń, jeżeli urodzenie zostało zarejestrowane.
 - 9) **osierocenie dziecka**- osierocenie dziecka własnego lub przysposobionego w wieku do ukończenia 18 roku życia a w razie uczęszczania do szkoły – w wieku do ukończenia 25 roku życia, lub bez względu na wiek w razie jego całkowitej niezdolności do pracy, na skutek śmierci ubezpieczonego podczas trwania umowy; wypłata pełnej kwoty świadczenia przysługuje każdemu dziecku ubezpieczonego;
 - 10) **pobyt na OIOM** – jednorazowe świadczenie wypłacane pod warunkiem, że pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej trwał co najmniej 2 dni.



-
- 11) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami na terytorium Rzeczypospolitej Polski lub na terytorium całego świata, państwowy lub niepaństwowy zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych, hospicjów, placówek lecznictwa odwykowego, zakładów opiekuńczo – leczniczych, zakładów pielęgnacyjno – opiekuńczych, zakładów lecznictwa uzdrowskiego, sanatoriów, prewentoriów, szpitali uzdrowskowych, ośrodków oraz szpitali i oddziałów rehabilitacyjnych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszej definicji nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień;
- 12) **świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku choroby** – wypłacane jest pod warunkiem, że pobyt w szpitalu trwał co najmniej 2 dni, a ilość pobytów w okresie ubezpieczenia jest nieograniczona; Świadczenie wypłacane za maksymalnie 365 dni w ciągu każdego roku trwania umowy ubezpieczenia. Wykonawca nie będzie stosować wyłączenia:
- leczenia dyskopatii lub zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, chorób zwyrodnieniowych stawów, reumatoidalnego zapalenia stawów, chorób stawu kolanowego;
 - pierwszego pobytu w szpitalu w celu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, po warunkiem że pobyt ten rozpoczął się nie później niż 6 miesięcy po zakończeniu objętego odpowiedzialnością Wykonawcy pobytu ubezpieczonego w szpitalu, związanego – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą;
 - leczenia uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi po błędnie przeprowadzonym leczeniu medycznym w szpitalu lub innej placówce medycznej (naprawa skutków dotychczasowego leczenia).
- 13) **świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – wypłacane jest pod warunkiem, że pobyt w szpitalu trwał co najmniej 1 dzień (odpowiedzialność Wykonawcy za pobyt na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym lub Szpitalnej Izbie Przyjęć), a ilość pobytów w okresie ubezpieczenia jest nieograniczona; Świadczenie wypłacane za maksymalnie 365 dni w ciągu każdego roku trwania umowy ubezpieczenia. Wykonawca nie będzie stosować wyłączenia pierwszego pobytu w szpitalu w celu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, po warunkiem że pobyt ten rozpoczął się nie później niż 6 miesięcy po zakończeniu objętego odpowiedzialnością Wykonawcy pobytu ubezpieczonego w szpitalu, związanego – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą;
- 14) **poważne zachorowanie** - to stan chorobowy objęty odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, obejmujący co najmniej następujące jednostki chorobowe:
- zawał serca
 - transplantacja organów
 - nowotwór złośliwy
 - oparzenia
 - udar mózgu niedokrwienny i krwotoczny
 - niewydolność nerek
 - utrata wzroku
 - oponiak
 - zabiegi chirurgiczne na naczyniach wieńcowych/ chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej by-pass
 - zakażenie wirusem HIV w związku z wykonywaniem zawodu lub w wyniku transfuzji krwi
 - choroba Creutzfelda – Jakoba
 - choroba Parkinsona
 - sepsa
 - utrata słuchu
 - utrata kończyn
-



-
- operacja aorty
 - operacja zastawek serca
 - borelioza
 - przewlekłe zapalenie wątroby
 - tężec
 - zgorzel gazowa
 - zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych
 - anemia aplastyczna
 - wścieklizna
 - bąblowiec mózgu
 - gruźlica
 - zakażona zamartwica trzustki
 - stwardnienie rozsiane
 - bakteryjne zapalenie wsierdzia
 - ropień mózgu
 - choroba Huntingtona
 - śpiączka
 - schyłkowa niewydolność wątroby
 - utrata mowy
 - choroba Alzheimerera
 - choroba neuronu ruchowego
 - choroba Leśniowskiego – Crohna
 - paraliż
 - schyłkowa niewydolność oddechowa
 - dystrofia mięśniowa
 - kardiomiopatia
 - wrzodziejące zapalenie jelita grubego

Wykonawca przyjmuje odpowiedzialność za każde wymienione w katalogu stanów chorobowych poważne zachorowanie lub operację, które miało miejsce w okresie jego odpowiedzialności, o ile nie istnieje związek przyczynowo-skutkowy z innym poważnym zachorowaniem, za które Wykonawca wypłacił już świadczenie w okresie ubezpieczenia, bez względu na liczbę poważnych zachorowań i ich częstotliwość.

W ofercie (w szczególności w Ogólnych Warunkach Umowy) Ubezpieczyciel powinien przedstawić katalog i definicje stanów chorobowych objętych ochroną ubezpieczeniową.

15) **rekonwalescencja lub rehabilitacja poszpitalna** – pobyt na zwolnieniu lekarskim bezpośrednio po pobycie w szpitalu (wymagany czas pobytu w szpitalu to minimum 10 dni); wypłata świadczenia za każdy dzień pobytu na zwolnieniu lekarskim nastąpi za okres pierwszych 30 dni tego zwolnienia.

16) **operacje chirurgiczne** – Wykonawca ponosi odpowiedzialność za operacje chirurgiczne wykonane w placówce medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przez lekarza o specjalności zabiegowej, w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, niezbędnym z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu, w czasie trwania odpowiedzialności w stosunku do danego ubezpieczonego.

a) Liczba kategorii/klas, według których operacje zostaną podzielone i w zależności od których Wykonawca będzie wypłacał świadczenie nie może być mniejsza niż 3 (najcięższe, pośrednie, najłżejsze), gdzie za operacje najcięższe (najbardziej skomplikowane pod względem medycznym) wypłata świadczenia będzie najwyższa i nie mniejsza niż 50% sumy ubezpieczenia, za operacje pośrednie nie mniejsza niż 30% sumy ubezpieczenia a za operacje najłżejsze nie mniejsza niż 10% sumy ubezpieczenia.

b) Wykonawca nie może ograniczyć wysokości świadczenia należnego z tytułu danej operacji chirurgicznej, jeżeli operacja ta została przeprowadzona metodą endoskopową.



-
- c) Wykonawca przyjmuje odpowiedzialność za każdą operację, która została przeprowadzona w okresie ubezpieczenia. Świadczenie jest wypłacane niezależnie od tego w jakim czasie od nieszczęśliwego wypadku miała miejsce operacja chirurgiczna i w jakim czasie zostało zdiagnozowane schorzenie będące przyczyną operacji oraz jak długo Ubezpieczony przebywał w szpitalu lub innej placówce medycznej, jeżeli operacja miała miejsce w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Wysokość wypłaconego świadczenia nie może być zależna od metody, jaką dokonano operacji.
- d) Wykonawca obejmuje ochroną ubezpieczeniową operacje chirurgiczne powstałe na skutek uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi po błędnie przeprowadzonym leczeniu medycznym w szpitalu lub innej placówce medycznej (naprawa skutków dotychczasowego leczenia).
- 17) **ryczałt na leki** – dodatkowe świadczenie w formie pieniężnej, należne Ubezpieczonemu po pobycie w szpitalu; Warunkiem otrzymania świadczenia jest uzyskanie prawa do świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu. Świadczenie przysługuje nie więcej niż 3 razy w roku polisowym; Wykonawca nie będzie wymagał przedstawiania rachunków zakupu leków.
- 18) **OIOM** (oddział intensywnej opieki medycznej) - wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzone w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągle monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia; za OIOM uważa się również OIOK – oddział intensywnej opieki kardiologicznej, OIT – oddział intensywnej terapii oraz OION – oddział intensywnej opieki neurologicznej. W przypadku leczenia kardiologicznego – za pobyt na OIOK uznaje się również pobyt na oddziale kardiologicznym z pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego, jak również na oddziale kardiologicznym na sali intensywnego nadzoru kardiologicznego, o ile stan zdrowia wymagał intensywnego nadzoru kardiologicznego i zostało to potwierdzone w karcie informacyjnej lub zaświadczeniu ze szpitala o leczeniu w sali intensywnego nadzoru kardiologicznego.
- 19) **leczenie specjalistyczne** – Wykonawca wypłaci świadczenie z tytułu przeprowadzenia u Ubezpieczonego leczenia specjalistycznego obejmującego co najmniej jedną z następujących procedur medycznych: ablacja, chemioterapia, radioterapia, wszczepienie stymulatora (rozzrusznika) serca, dializoterapia, terapia interferonowa, wszczepienie kardiowertera /defibrylatora.
- a) Wykonawca przyzna świadczenie za każde przeprowadzone u Ubezpieczonego leczenie specjalistyczne danego rodzaju w okresie ubezpieczenia.
- b) Odpowiedzialność Wykonawcy w ramach leczenia specjalistycznego obejmuje zabiegi wykonane poza szpitalem w rozumieniu pkt. 10 oraz zabiegi wykonane poza terytorium RP.
- c) Wykonawca wypłaci świadczenie z tytułu leczenia specjalistycznego, jeżeli leczenie specjalistyczne zostanie rozpoczęte w okresie jego odpowiedzialności. Niedopuszczalne jest uzależnianie zasadności wypłaty świadczenia z tytułu leczenia specjalistycznego od momentu zdiagnozowania choroby lub zajścia nieszczęśliwego wypadku.

Klauzule obligatoryjne:

- 1) **klauzula rozszerzająca ochronę ubezpieczeniową** o nowotwory w stadium przedinwazyjnym (in situ). Zakres obejmuje co najmniej poniższe jednostki chorób:
- czerniak złośliwy w stopniu zaawansowania 1A,
 - nowotwór złośliwy gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania <T2 N0M0,
 - nowotwór przedinwazyjny jajnika,
 - nowotwór przedinwazyjny jajowodu,
 - nowotwór przedinwazyjny trzonu macicy,
 - nowotwór przedinwazyjny jądra.
-



Wykonawca wypłaci świadczenie z tytułu niniejszej klauzuli w kwocie 30% SU ciężkiej choroby w poszczególnych wariantach. Wypłata świadczenia z tytułu wystąpienia nowotworu w stadium przedinwazyjnym (in situ) nie wpływa na wypłatę świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania, nawet jeśli obie jednostki będą pozostawały w związku przyczynowo – skutkowym.

- 2) **klauzula dodatkowego świadczenia z tytułu operacji chirurgicznych** – rozszerzenie ochrony ubezpieczeniowej za wykonane zabiegi i operacje nie objęte katalogiem operacji chirurgicznych. Wypłata świadczenia równego wysokości 5% sumy ubezpieczenia dla ryzyka operacji chirurgicznych dla każdego z wariantów.
- 3) **klauzula rozszerzenia ochrony ubezpieczeniowej o dodatkowe świadczenie „uraz niepowodujący powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku** - Wykonawca wypłaci świadczenie w przypadku gdy nie został orzeczonej trwały uszczerbek na zdrowiu w przypadku uszkodzeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, które wymagały interwencji lekarskiej w placówce medycznej (SOR, Izba przyjęć) oraz leczenia i co najmniej dwóch wizyt kontrolnych. Wypłata świadczenia równego wysokości 100 zł w wariantcie 1 i 200 zł w wariantcie 2. Świadczenie można otrzymać 1 raz w każdym roku polisowym.

IV. Klauzule dodatkowe (fakultatywny zakres ubezpieczenia).

1. Poza opisanym w punkcie III zakresem obowiązkowym ubezpieczenia, Wykonawcy mogą zaakceptować następujące klauzule dodatkowe:

- 1) **listy chorób w ramach świadczenia za poważne zachorowanie ubezpieczonego** – polegająca na rozszerzeniu obowiązkowej listy chorób w ramach świadczenia za poważne zachorowanie ubezpieczonego o następujące, dodatkowe jednostki chorobowe:

- twardzina układowa
- pourazowe uszkodzenie mózgu
- nadciśnienie płucne pierwotne
- zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie

- 2) **listy metod leczenia w ramach świadczenia za leczenie specjalistyczne ubezpieczonego** – polegająca na rozszerzeniu obowiązkowej listy metod leczenia w ramach świadczenia za leczenie specjalistyczne ubezpieczonego o następujące, dodatkowe metody leczenia:

– **wertebroplastyka przy leczeniu naczyniaka kręgosłupa (50% SU)**

Za wertebroplastykę uważa się zabieg polegający na wstrzyknięciu do zmienionego chorobowo trzonu kręgu cementu kostnego w celu leczenia naczyniaka kręgosłupa.

– **wszczepienie implantu ślimakowego (50% SU)**

Za wszczepienie implantu ślimakowego uważa się operację związaną z umieszczeniem w ślimaku elektrody stymulacyjnej implantu oraz umocowanie procesora wewnętrznego w łożu kostnej na powierzchni czaszki, w następstwie idiopatycznego pogorszenia słuchu.

– **wszczepienie pompy baklofenowej (25% SU)**

Za wszczepienie pompy baklofenowej uważa się operację wszczepienia pompy pod skórę brzucha z wszczepieniem elastycznego cewnika biegnącego pod skórą do kanału kręgowego. Za pośrednictwem cewnika pompa kontroluje dozowanie leku, który hamuje objawy spastyczne po udarze mózgu, po uszkodzeniu rdzenia kręgowego.

– **klauzula indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia (IKU)** – polegająca na zaproponowaniu Ubezpieczonemu po odejściu z pracy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia (IKU) na zasadach obowiązujących w zakładzie pracy przez okres co najmniej jednego roku. Zaakceptowanie tej klauzuli nie zwalnia Wykonawcy z obowiązku zapewnienia Ubezpieczonemu po odejściu z pracy prawa do indywidualnej kontynuacji w minimalnym zakresie ubezpieczenia określonym w tabeli w pkt I.14 OPZ.
