

Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska w Warszawie

00-716 WARSZAWA

ul. Bartycka 110A

tel. 22 651 07 07; 22 651 06 60

fax: 22 651 06 76

e-mail: warszawa@wios.warszawa.pl

http://www.wios.warszawa.pl

AT.272.1.2.2019.MG

Warszawa, dnia 24 maja 2019 r.

Wykonawcy, którzy pobrali SIWZ w postępowaniu 1/PN/2019

Dotyczy: Przetarg nieograniczony na grupowe ubezpieczenie na życie pracowników WIOŚ w Warszawie i członków ich rodzin (znak sprawy: 1/PN/2019).

WYJAŚNIENIA NR 1 TREŚCI SPECYFIKACJI ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

ORAZ

ZMIANA NR 2 SPECYFIKACJI ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

Działając na podstawie art. 38 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1986, z późn. zm.) Zamawiający – Wojewódzki Inspektorat Ochrony środowiska w Warszawie, przekazuje poniżej treść zapytań wraz z wyjaśnieniami nr 1 treści Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia (dalej zwanej „SIWZ”):

PYTANIE 1:

W związku z wejściem w życie nowej ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu Wykonawca jest zobowiązany do stosowania środków bezpieczeństwa finansowego wprowadzonych przez ww. ustawę. Na etapie zawierania umowy ubezpieczenia przekazemy Państwu do wypełnienia druk oświadczenia Beneficjenta Rzeczywistego/Reprezentanta/Pełnomocnika. Czy Zamawiający wyraża zgodę na wypełnienie oświadczenia? Wzór oświadczenia przesyłamy w załączeniu.

ODPOWIEDź:

Zamawiający wyraża zgodę.

PYTANIE 2:

Załącznik nr 1, XIII, ppkt. 2 - Wykonawca prosi o potwierdzenie, że podana wysokość kurtażu stanowi wartość brutto oraz są to wszystkie koszty jakie mają zostać wkalkulowane do oferty.

ODPOWIEDź:

Zamawiający potwierdza.

PYTANIE 3:

SIWZ, pkt. 5, ppkt. 5.6., Załącznik nr 3 do SIWZ, §5 pkt 2 – Wykonawca wnosi o wydłużenie wskazanego terminu do 10 dni roboczych.

ODPOWIEDź:

Zamawiający nie wyraża zgody.

PYTANIE 4:

Załącznik nr 1 do SIWZ część IV pkt. 3. Czy Zamawiający zgodzi się aby składka za takie osoby była przekazywana do Wykonawcy za pośrednictwem Zamawiającego wraz ze składką za pozostałych ubezpieczonych?

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający nie wyraża zgody. Jednocześnie Zamawiający informuje, że podejmowane są kroki mające na celu uniknięcie rozbieżności pomiędzy kwotą przekazanych składek a listą ubezpieczonych osób i monitorowane są wpłaty indywidualne. Brak wpłaty w określonym terminie, przed początkiem nowego miesiąca ochrony, przez osobę indywidualnie wpłacającą składkę, jest traktowany jako jej rezygnacja z ubezpieczenia. Takie sytuacje (samodzielnego opłacanie składek) są bardzo rzadkie i dotyczą pojedynczych osób.

PYTANIE 5:

Załącznik nr 1 do SIWZ część IV pkt. 4,5 Czy Zamawiający wyraża zgodę, iż wskazane zapisy nie odnoszą się do przekazania pierwszej składki, której wpłata w terminie jest niezbędna do nadania początku odpowiedzialności? Składkę uważa się za opłaconą z chwilą uznania rachunku bankowego wskazanego przez Wykonawcę.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający nie wyraża zgody. Zamawiający nie ma wpływu na czas księgowania międzybankowych.

PYTANIE 6:

Załącznik nr 1 do SIWZ część IV pkt. 7

Czy Zamawiający zgodzi się, aby informacje o niedopłacie bądź nadpłacie przekazywane były Zamawiającemu w formie elektronicznej za pomocą elektronicznego systemu informatycznego, który Wykonawca zobowiązuje się udostępnić bezpłatnie Zamawiającemu? Wówczas salda polis byłyby dostępne/widoczne na bieżąco dla osób wyznaczonych do obsługi ubezpieczenia przez Zamawiającego. Jednocześnie Wykonawca potwierdza, że w przypadku wystąpienia zaległości dodatkowo wysyła do Zamawiającego pismo/przypomnienie z informacją o jej wystąpieniu.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający wyraża zgodę.

PYTANIE 7:

OPZ, punkt II.6 – prośba do Zamawiającego o podanie dokładnego wieku (w latach) najstarszego, obecnie ubezpieczonego małżonka / partnera życiowego pracownika.

ODPOWIEDŹ:

Skończone 72 lata.

PYTANIE 8:

OPZ, punkt IV.3 - Prośba do Zamawiającego o zastąpienie zasady: „Wykonawca dopuści możliwość przelania składki bezpośrednio na konto Wykonawcy przez osoby ubezpieczone, które nie mogą mieć dokonanego potrącenia składki przez Zamawiającego (np. osoby przebywające na urlopie wychowawczym)” taką, zgodnie z którą składki płatne byłyby przez omawiane osoby Zamawiającemu, ten zaś opłacałby całość składki w jednej wysokości. Wykonawca wskazuje, że w przypadku opóźnienia opłaty składki choćby przez jedną taką osobę, konsekwencje ponosiłaby cała grupa. Z doświadczenia Wykonawcy wynika, że często nie można szybko zidentyfikować takiej osoby, co opóźnia i komplikuje procesy należytej obsługi umowy, nadto o wiele łatwiej kontaktować jest się tym osobom ze swoim pracodawcą (Zamawiającym) niż z zakładem ubezpieczeń.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający nie wyraża zgody. Jednocześnie Zamawiający informuje, że podejmowane są kroki mające na celu uniknięcie rozbieżności pomiędzy kwotą przekazanych składek a listą ubezpieczonych osób i monitorowane są wpłaty indywidualne. Brak wpłaty w określonym terminie, przed początkiem nowego miesiąca ochrony, przez osobę indywidualnie wpłacającą składkę, jest traktowany jako jej rezygnacja z ubezpieczenia. Takie sytuacje (samodzielne opłacanie składek) są bardzo rzadkie i dotyczą pojedynczych osób.

PYTANIE 9:

OPZ, punkt VI.9 – czy za związki przyczynowo-skutkowe Zamawiający uzna zawarte w ogólnych warunkach Wykonawcy, ściśle określone związki między dwiema lub kilkoma jednostkami chorobowymi?

ODPOWIEDŹ:

Tak.

PYTANIE 10:

OPZ, punkty VI.9 i X.2 – niezależnie od poprzedniego pytania prośba do Zamawiającego o zgodę na stosowanie następujących dodatkowych ograniczeń odpowiedzialności, zgodnie z którymi Wykonawca nie odpowiadałby w przypadku:

- 1) chirurgicznego leczenia choroby naczyń wieńcowych – by-pass, jeżeli przed początkiem odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego zdiagnozowano zawał serca lub chorobę naczyń wieńcowych. W przypadku choroby naczyń wieńcowych odpowiedzialność Wykonawcy nie obejmuje również jej leczenia;
- 2) choroby aorty brzusznej, jeżeli przed początkiem odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego zdiagnozowano tętniaka aorty brzusznej lub rozwarstwienie aorty brzusznej;
- 3) choroby aorty piersiowej, jeżeli przed początkiem odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego zdiagnozowano tętniaka aorty piersiowej lub rozwarstwienie aorty piersiowej;
- 4) niewydolności nerek, jeżeli przed początkiem odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego zdiagnozowano kłębkowe zapalenie nerek lub wielotorbielowatość nerek;
- 5) udaru, jeżeli przed początkiem odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego zdiagnozowano udar, przemijające niedokrwienie mózgu tzw. TIA, miażdżycę naczyń mózgowych;
- 6) utraty kończyny wskutek choroby, jeżeli przed początkiem odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego zdiagnozowano miażdżycę zarostową tętnic dolnych lub cukrzycę;
- 7) zawału serca, jeżeli przed początkiem odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego zdiagnozowano zawał serca lub chorobę naczyń wieńcowych. W przypadku choroby naczyń wieńcowych odpowiedzialność Wykonawcy nie obejmuje również jej leczenia.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający potwierdza, z zastrzeżeniem innych postanowień OPZ dotyczących pre-existingu opisanych w OPZ, punkt X 3 i 4. W szczególności Zamawiający oczekuje, że w stosunku do osób, które były objęte ubezpieczeniem grupowym u Zamawiającego zachowana zostanie ciągłość ochrony.

PYTANIE 11:

OPZ, punkt VI.26 – czy w opisie punktu nie doszło do omyłki pisarskiej i czy zapis nie powinien wskazywać, iż nie jest dopuszczalne ograniczenia odpowiedzialności za zdarzenia, które nastąpiły w wyniku udziału osoby ubezpieczonej w amatorskich zajęciach sportowych lub zajęciach rekreacyjnych o ryzykownym charakterze? Jeśli teza ta jest błędna, Wykonawca prosi o jej doprecyzowanie, zapis bowiem w tej postaci jest niejednoznaczny; nie wiadomo czy jest to jedyne dopuszczalne wyłączenie (w takim przypadku Wykonawca prosi o jego wykreślenie), czy też jest to ograniczenie, które można stosować w odróżnieniu od zapisu VI.25.c OPZ itp.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający potwierdza, że jest to ograniczenie, które można stosować w odróżnieniu od zapisu VI.25.c OPZ.

PYTANIE 12:

OPZ, punkt VII.5 – czy w opisie punktu nie doszło do omyłki pisarskiej i czy zapis nie powinien dotyczyć pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem?

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający potwierdza, że jest to omyłka pisarska. Zapis powinien brzmieć: „Skrócenie wymaganego minimalnego okresu pobytu w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku, niezbędnego do uruchomienia wypłaty świadczenia – do mniej niż 2 dni.” **Zamawiający dokonuje zmiany SIWZ w tym punkcie.**

PYTANIE 13:

OPZ, punkt IX.3 - Czy Zamawiający zgodzi się aby dla poszczególnych ryzyk, innych niż śmierć w wyniku zawału serca, miała zastosowanie definicja zgodna z owu Wykonawcy, tj.

- 1) poważnie zachorowanie ubezpieczonego, trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca:

„zawał serca - tylko taki zawał serca, który powoduje:

- a) wzrost lub spadek podwyższonego stężenia biomarkerów sercowych, z zastrzeżeniem, że przynajmniej w jednym pomiarze to stężenie musi przekraczać górną granicę normy oraz obecność co najmniej dwóch z następujących wykładników 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.”

- 2) leczenie szpitalne spowodowane zawałem serca:

„zawał serca - wyłącznie taki, który powoduje wzrost lub spadek podwyższonego stężenia biomarkerów sercowych, z zastrzeżeniem, że przynajmniej w jednym pomiarze to stężenie musi przekraczać górną granicę normy oraz obecność co najmniej dwóch z następujących wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

a) objawy kliniczne niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej),

b) zmiany w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) typowe dla nowo powstałego niedokrwienia,

c) nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowych.”

ODPOWIEDŹ:

Wykonawca może posługiwać się własną definicją, o ile nie będzie ona zawężała minimalnego zakresu wymaganego w SIWZ i będzie zgodna z obowiązującą wiedzą medyczną. W szczególności Zamawiający chciałby uniknąć sytuacji, kiedy lekarz na podstawie obowiązującej wiedzy medycznej stwierdzi w karcie choroby zawał serca, a Wykonawca odmówi wypłaty świadczenia z uwagi na ograniczenia w swojej definicji.

PYTANIE 14:

OPZ, punkt XI.2.b - Wykonawca prosi o wykreślenie podpunktu. Wykonawca pragnie wskazać, że wymienione formy urlopów / pobyt na zwolnieniu w żaden sposób nie przeszkadzają w tym, aby osoby na nich przebywające przystąpiły w ciągu pierwszych 3 miesięcy (jedynym warunkiem Wykonawcy byłoby, by składka za nie wpływała razem ze składką za innych ubezpieczonych). Dodatkowo Wykonawca pragnie wskazać, że w przypadku osób innych niż pracownik Zamawiającego uzyskanie wiarygodnego poświadczenia, że dana osoba powróciła z jednego z wymienionych urlopów jest utrudnione, jeśli nie niemożliwe (pracodawcy małżonków / pełnoletnich dzieci nie zgadzają się na potwierdzenie daty powrotu lub robią to w sposób niedostateczny itp.)).

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający nie wyraża zgody na wykreślenie podpunktu. Zamawiający zwraca uwagę, że wymaga umożliwienia bezkarencyjnego przystąpienia do ubezpieczenia dla tych pracowników, którzy w czasie wdrażania programu przebywali na urlopie bądź zwolnieniu. W przypadku powrotu do pracy po okresie wdrożenia takie osoby powinny mieć możliwość przystąpienia bez karencji tak jak nowozatrudniony pracownik (w ciągu 3 miesięcy). Wykonawca może wymagać od Ubezpieczonego udokumentowania czasu przebywania na urlopie bądź zwolnieniu. Zapis nie dotyczy pracowników, którzy rozpoczną urlop/zwolnienie po okresie wdrożenia programu. Natomiast nie ma potrzeby uzyskiwania tego typu poświadczeń wobec członków rodzin, gdyż ich ten zapis dotyczy tylko pośrednio – mogą przystąpić wyłącznie razem z pracownikiem. **Jednocześnie Zamawiający doprecyzowuje ten punkt w SIWZ.**

PYTANIE 15:

Załącznik nr 1B do SIWZ (Tabela) – Zamawiający wskazał w ramach tabeli ryzyka: Śmierć małżonka lub partnera w następstwie NW, Śmierć dziecka w następstwie NW oraz Śmierć rodziców ubezpieczonego, rodziców małżonka lub partnera w następstwie NW. Dla których skumulowana wartość świadczeń jest identyczna, jak dla analogicznych ryzyk nie związanych z NW. Czy w związku z tym takie zapisy wysokości świadczeń należy czytać tak, że bez względu na przyczynę (NW lub inne zdarzenie) Wykonawca ma płacić taką samą wysokość świadczenia? Jeśli teza jest błędna, prosba o wskazanie właściwej.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający zwraca uwagę, że Tabela przedstawia minimalną wysokość oczekiwanych świadczeń. Wykonawca może zaproponować dla wymienionych wyżej ryzyk śmierci w wyniku NW takie samo

świadczenie jak dla śmierci niezwiązanej z NW. Ale może też zaproponować odpowiednio wyższe świadczenie, co będzie podlegało ocenie zgodnie z kryteriami oceny ofert.

PYTANIE 16:

OPZ, punkt 1.4 – w celu uzyskania całkowitej jasności interpretacyjnej wykonawca prosi o potwierdzenie, że tam, gdzie we wskazanym punkcie mowa jest o „kontynuacji” ubezpieczenia grupowego, Zamawiającemu chodzi o przedłużenie obowiązywania umowy ubezpieczenia grupowego zawartej na podstawie niniejszego postępowania przetargowego o kolejne 12 miesięcy (umowa trwała by wtedy 48 miesięcy, lub 52 w razie wykorzystania prawa opcji)? Jeśli teza ta jest błędna – prosba o wskazanie właściwej, a jeśli prawidłowa – o doprecyzowanie warunków, na jakich miało by się odbyć to przedłużenie - na czyj wniosek? Czy mogą mieć zastosowanie warunki dodatkowe – i jakie? Czy wymagana jest zgoda Wykonawcy, aby przedłużenie mogło dojść do skutku itp.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający potwierdza, że umowa po przedłużeniu trwałaby 48 miesięcy lub 51 miesięcy w przypadku wykorzystania prawa opcji. Kontynuacja ta miałaby odbywać się na wniosek Zamawiającego. Warunki kontynuacji będą analogiczne jak dla umowy podstawowej. Wymagana jest zgoda Wykonawcy, aby przedłużenie mogło dojść do skutku. Opis warunków zawiera pkt 5.4 SIWZ.

PYTANIE 17:

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zastosowanie karencji zgodnie z OWU Wykonawcy dla dotychczas nieubezpieczonych członków rodzin pracowników, przystępujących do umowy w każdym czasie? Pracownicze ubezpieczenie grupowe jest przede wszystkim skierowane do pracowników Zamawiającego. Członkowie rodzin są grupą nieopisaną, w dużej mierze nie znają nawet Zamawiającemu. Wnioskowana zmiana zapisów SIWZ, pozwoli uniknąć wzrostu poziomu szkodowości a co za tym idzie istotnego pogorszenia warunków dla ubezpieczonych, w szczególności pracowników, w przyszłym postępowaniu

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający nie wyraża zgody. Zamawiający uważa, że wypełnienie oświadczenia o stanie zdrowia przez członków rodziny pracowników jest wystarczającą metodą do uniknięcia wzrostu poziomu szkodowości.

PYTANIE 18:

Czy Zamawiający wyraża zgodę, by wszyscy wcześniej nieubezpieczeni u Zamawiającego członkowie rodzin pracowników, wypełniali oświadczenia o stanie zdrowia (3 pytania)? Oświadczenie to składa się z poniższych pytań:

1. Czy w ciągu ostatnich 2 lat przed dniem podpisania niniejszej deklaracji zgody przebywał/-a Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim z powodu choroby przez okres dłuższy niż 3 tygodnie jednorazowo (w przypadku kobiet nie dotyczy ciąży lub porodu)? W przypadku odpowiedzi „Tak”, prosimy o napisanie poniżej jakie choroby lub dolegliwości były przyczyną zwolnienia lekarskiego i okres zwolnienia (jak długo).	Tak / Nie
2. Czy kiedykolwiek zasięgał/a Pan/Pani porady lekarskiej lub rozpoznano u Pana/Pani którąkolwiek z chorób: nowotwór lub guz innego rodzaju, białaczkę, cukrzycę, chorobę wrzodową żołądka, przewlekłe zapalenie trzustki, stwardnienie rozsiane, nadciśnienie tętnicze, chorobę wieńcową z zawałem serca lub bez zawału serca, udar mózgu, choroby nerek, padaczkę, chorobę psychiczną, zaburzenia zachowania, choroby płuc, nosicielstwo wirusa HIV, zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS), chorobę alkoholową, choroby wątroby lub przebył/a Pan/Pani leczenie kardiochirurgicznej? W przypadku odpowiedzi „Tak”	Tak / Nie

prosimy o załączenie kopii dokumentacji medycznej (karta informacyjna leczenia szpitalnego, historia choroby z przychodni lub wyniki wykonywanych badań)

3. Czy kiedykolwiek ubiegał/a się Pan/Pani lub orzeciono u Pana/Pani niezdolność do pracy lub stopień niepełnosprawności? Tak / Nie

Pracownicze ubezpieczenie grupowe jest przede wszystkim skierowane do pracowników Zamawiającego. Członkowie rodzin są grupą nieopisaną, w dużej mierze nie znaną nawet Zamawiającemu. Możliwość weryfikacji osób wcześniej nieubezpieczonych pozwoli uniknąć wzrostu poziomu szkodowości (która i tak jest wysoka u Zamawiającego) a co za tym idzie istotnego pogorszenia warunków dla ubezpieczonych, w szczególności pracowników, w przyszłym postępowaniu.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający wyraża zgodę by wcześniej nieubezpieczeni u Zamawiającego członkowie rodzin pracowników wypełniali oświadczenia o stanie zdrowia.

PYTANIE 19:

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zastosowanie warunków indywidualnej kontynuacji zgodnie z OWU Wykonawcy, tj. umowy zawieranej na okres roczny z możliwością przedłużenia na rok kolejny bez zastosowania granicy wieku, do którego umowa ta mogłaby być przedłużana?

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający wyraża zgodę, aby Wykonawca mógł zaoferować swoje standardowe warunki indywidualnej kontynuacji dodatkowo, do wyboru oraz akceptuje wyższy poziom taryfy składki (do 10 zł) dla dożywotnio gwarantowanej indywidualnej kontynuacji. **Zamawiający modyfikuje zapisy SIWZ w tym zakresie.**

PYTANIE 20:

Czy Zamawiający wyrazi zgodę, by dotychczas nieubezpieczeni u Zamawiającego partnerzy pracowników, którzy przystępują do umowy ubezpieczenia będącej przedmiotem tego postępowania byli objęci karencjami zgodnie z OWU Wykonawcy? Zastosowanie karencji dla nieubezpieczonych partnerów pozwoli zachować taki poziom szkodowości umowy, który w przyszłości nie spowoduje konieczności podniesienia składek dla pracowników, do których przede wszystkim kierowana jest oferta grupowego ubezpieczenia na życie. Ze względów proceduralnych, brak karencji dla partnerów życiowych może spowodować niemożność złożenia oferty przez Wykonawcę.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający wyraża zgodę, aby wcześniej nieubezpieczeni partnerzy, którzy przystąpią do ubezpieczenia w tym samym terminie co pracownik i jest to termin bez karencyjny, byli objęci karencją wyłącznie z tytułu ryzyk: urodzenie dziecka i śmierć rodzica/teścia. W przypadku partnerów przystępujących w innym terminie niż pracownik lub razem z pracownikiem ale już po upływie 3 miesięcy od daty nabycia przez pracownika uprawnień obowiązują wobec nich karencje.

PYTANIE 21:

Czy Zamawiający wyrazi zgodę, by członkowie rodzin pracowników, mogli pozostać w ubezpieczeniu maksymalnie do ukończenia 70 roku życia?

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający nie wyraża zgody.

PYTANIE 22:

Czy Zamawiający wyraża zgodę, by osoby przystępujące do ubezpieczenia po okresie 3 m-cy od daty nabycia uprawnień na przystąpienie, mogli zostać poddani ocenie medycznej (wypełniają

oświadczenia o stanie zdrowia, jak w pytaniu 1)? Pozwoli to uniknąć wzrostu poziomu szkodowości, który w efekcie może spowodować znaczne pogorszenie oferty w przyszłym postępowaniu.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający nie wyraża zgody na poddanie pracowników ocenie medycznej bez względu na moment ich przystąpienia. Wykonawca może wymagać, aby wcześniej nieubezpieczeni u Zamawiającego członkowie rodzin pracowników wypełniali oświadczenie o stanie zdrowia zgodnie z odpowiedzią na pytanie nr 18.

PYTANIE 23:

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na wykreślenie pkt w OPZ, tj. rozszerzenia definicji małżonka o partnera życiowego w ryzyku śmierci rodzica lub teścia? Rozszerzenie definicji współmałżonka o partnera życiowego w kontekście ryzyka śmierci rodzica lub teścia znacznie wpływa na rentowność kontraktu a co za tym idzie na wysokość składki dla wszystkich osób ubezpieczonych.

ODPOWIEDŹ:

Zamawiający nie wyraża zgody.

ZMIANA NR 2 SPECYFIKACJI ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

W związku ze złożonymi zapytaniem przez potencjalnych Wykonawców do treści Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, Zamawiający działając na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1986, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą Pzp”, dokonuje następującej zmiany treści Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia:

1. Załącznik nr 1 do SIWZ „**Opis przedmiotu zamówienia**” otrzymuje brzmienie jak w załączniku do niniejszej Zmiany.

Pozostałe zapisy SIWZ nie ulegają zmianie.

Powyższe informacje i wyjaśnienia należy traktować jako integralną część Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

Załącznik:

1. Załącznik nr 1 do SIWZ – Opis przedmiotu zamówienia – wersja po zmianach z dnia 24.05.2019 r.

II ZASTĘPCA MAZOWIECKIEGO WOJEWÓDZKIEGO
INSPEKTORA OCHRONY ŚRODOWISKA

/-/

Joanna Piekutowska

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA –

WERSJA PO ZMIANACH Z DNIA 24.05.2019 R.

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Przedmiotem zamówienia jest ubezpieczenie na życie pracowników Zamawiającego oraz członków ich rodzin.
2. Opisany poniżej zakres ochrony i wymagania to warunki minimalne. Jeżeli w oferowanych ogólnych warunkach ubezpieczenia znajdują się zapisy korzystniejsze dla Zamawiającego lub Ubezpieczonych i nie zostanie wyraźnie zastrzeżone przez Wykonawcę, że nie będą one mieć zastosowania, to zostają automatycznie włączone do ubezpieczenia.
3. W kwestiach nieuregulowanych w SIWZ będą miały zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia Wykonawcy, złożona przez niego oferta oraz odpowiednie przepisy prawa.
4. Zamawiający przewiduje możliwość udzielania w okresie 3 lat od dnia udzielenia zamówienia podstawowego dotychczasowemu Wykonawcy zamówień, o których mowa w art. 67 ust. 1 pkt 6 ustawy Pzp polegających na powtórzeniu usług tego samego rodzaju tj. usług grupowego ubezpieczenia na życie pracowników WIOŚ w Warszawie.

Zakres zamówienia o którym mowa w art. 67 ust. 1 pkt 6 ustawy Pzp i warunki:

- kontynuacja grupowego ubezpieczenia na życie pracowników WIOŚ w Warszawie, w zakresie analogicznym jak dla zamówienia podstawowego, o wartości nie większej niż 33 % wartości zamówienia podstawowego i na okres do 12 miesięcy,
- kontynuacja ubezpieczenia nastąpi bezpośrednio po zakończeniu realizacji zamówienia podstawowego lub zamówienia podstawowego z wykorzystaniem prawa opcji,
- wysokości składek (Dla Zakresu I i II) będzie nie wyższa niż obowiązująca na podstawie umowy podstawowej w chwili zawarcia nowej umowy,
- pozostałe warunki realizacji będą analogiczne jak dla umowy podstawowej.

II. UBEZPIECZENI

1. Do ubezpieczenia może przystąpić każdy pracownik Zamawiającego, bez względu na podstawę prawną zatrudnienia.
2. Strukturę wiekowo-płciową wszystkich pracowników (172 osób) zawiera **Załącznik nr 1A do SIWZ – Struktura pracowników**.
3. Do ubezpieczenia mogą przystępować również członkowie rodzin pracowników, niezależnie od ich liczby, z zastrzeżeniem, że członek rodziny danego pracownika może przystąpić do ubezpieczenia, jeżeli do ubezpieczenia przystąpił także sam pracownik.
4. Przez członków rodziny pracownika rozumie się jego małżonka lub partnera życiowego oraz pełnoletnie dzieci.
5. W przypadku pracowników Zamawiającego Wykonawca dopuści ich przystępowanie bez względu na wiek.
6. Wykonawca może określić górną granicę wieku członka rodziny, która uprawnia go do przystąpienia, jednak nie niższą niż 65 r.ż., z zastrzeżeniem, że w przypadku członków rodziny pracownika objętych dotychczas funkcjonującym u Zamawiającego grupowym ubezpieczeniem na życie (przy zachowaniu ciągłości ubezpieczenia) Wykonawca dopuści ich przystępowanie bez względu na wiek. Wyrażenie zgody na przyjęcie do programu dotychczas nieubezpieczonych małżonków lub partnerów życiowych po 65 r.ż. będzie podlegało ocenia zgodnie z kryteriami oceny ofert.
7. Wykonawca nie będzie stosować żadnych ograniczeń w zakresie ubezpieczenia i wypłacie świadczeń ze względu na wiek ubezpieczonych osób.
8. Wszystkie osoby spełniające ustalone kryteria dotyczące wieku w momencie obejmowania ubezpieczeniem mogą pozostawać ubezpieczone do końca trwania umowy ubezpieczenia.
9. Osoby, które przestały być członkami grupy mogą pozostawać nadal ubezpieczone przez jeden kolejny miesiąc, pod warunkiem opłacenia składki za ten miesiąc.

III. PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczenie jest dobrowolne. Osoby spełniające kryterium przynależności do grupy mogą w dowolnym momencie trwania umowy przystępować do ubezpieczenia lub rezygnować z ubezpieczenia.
2. Zamawiający nie może zagwarantować, że wszyscy pracownicy skorzystają z możliwości przystąpienia do ubezpieczenia. W obecnie funkcjonującym ubezpieczeniu grupowym na życie uczestniczy aktualnie 127 pracowników i 35 członków ich rodzin.
3. Każdy pracownik może dokonać swobodnego wyboru zakresu ubezpieczenia w ramach, którego chce być ubezpieczony. Członek rodziny może przystąpić tylko do tego samego zakresu, co pracownik.
4. Poszczególne zakresy ubezpieczenia będą funkcjonować, bez względu na to, ilu pracowników Zamawiającego lub członków ich rodzin zdecyduje się do nich przystąpić.
5. Ubezpieczony może dokonać zmiany wybranego zakresu ubezpieczenia w dowolnym momencie roku polisowego, nie więcej niż raz w roku, z zastrzeżeniem, że będzie miała zastosowanie karencja na różnicę świadczeń oraz sum ubezpieczenia na poszczególne świadczenia (o ile w docelowym zakresie sumy są wyższe).
6. Wykonawca nie będzie wymagał wypełniania przez osoby przystępujące do ubezpieczenia żadnych ankiet medycznych, ani w inny sposób nie będzie zadawać pytań odnośnie stanu ich zdrowia.
7. Wykonawca przyjmie do ubezpieczenia także osoby przebywające na zwolnieniach lekarskich, w szpitalu, urloпах macierzyńskich, urloпах wychowawczych, urloпах bezpłatnych, uznane za czasowo niezdolne do pracy. Wykonawca może uzależnić przyjęcie do ubezpieczenia tych osób od tego, czy są one ubezpieczone w dotychczas funkcjonującej u Zamawiającego umowie grupowego ubezpieczenia na życie i zachowana zostanie ciągłość ubezpieczenia.

IV. SKŁADKA

1. Składka na ubezpieczenie będzie finansowana przez pracowników. Każdy pracownik przystępując do ubezpieczenia wyrazi zgodę na comiesięczne potrącanie przez Zamawiającego z jego wynagrodzenia lub innych wypłat, środków na opłacenie składki za ubezpieczenie swoje i członków swojej rodziny zgłoszonych do ubezpieczenia.
2. Składka przekazywana będzie przez Zamawiającego przelewem na konto Wykonawcy.
3. Wykonawca dopuści możliwość przelania składki bezpośrednio na konto Wykonawcy przez osoby ubezpieczone, które nie mogą mieć dokonanego potrącenia składki przez Zamawiającego (np. osoby przebywające na urlopie wychowawczym).
4. Składka opłacana będzie z góry, do 15 dnia miesiąca za który jest należna.
5. Za datę płatności składki uważa się datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego, pod warunkiem, że na rachunku znajdowała się wystarczająca ilość środków.
6. Brak zapłaty składki w wyznaczonym terminie nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, zawieszenia odpowiedzialności ani rozwiązania umowy pod warunkiem, że brakująca składka za ubezpieczenie grupowe zostanie przekazana do końca miesiąca za który jest należna. W przypadku braku składki do końca miesiąca, odpowiedzialność na polisie może zostać zawieszona, a Wykonawca w takim przypadku wzywa Zamawiającego do uzupełnienia zaległości wskazując, co najmniej 14-dniowy dodatkowy termin zapłaty składki oraz informując o skutku nieprzekazania składki. Po uregulowaniu zaległej składki odpowiedzialność zostaje wznowiona i Wykonawca wypłaca świadczenia za okres zawieszenia.
7. Wykonawca zobowiązany jest zawiadomić Zamawiającego o ewentualnej nadpłacie lub niedopłacie miesięcznej składki w terminie do 25 dnia miesiąca za który jest należna.
8. Miesięczna wysokość składki za jedną osobę (cena maksymalna) nie może być wyższa niż:
 - a) 57,00 zł w zakresie I,
 - b) 72,00 zł w zakresie II.

V. MIEJSCE OBSŁUGI

1. Aktualnie pracownicy Zamawiającego pracują w sześciu lokalizacjach: Warszawa, Mińsk Mazowiecki, Ostrołęka, Płock, Radom i Ciechanów. Jeżeli ustalenie uszczerbku na zdrowiu na podstawie dokumentacji medycznej (ocena zaoczna) nie będzie wystarczające, to Wykonawca umożliwi przeprowadzanie badań lekarskich lub odbywanie komisji lekarskich w miejscach możliwie jak najdogodniejszych dla ubezpieczonych, w szczególności w każdym z wymienionych miast.

VI. WYMAGANY ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Śmierć ubezpieczonego.

Świadczenie należne uposażonemu z tytułu śmierci Ubezpieczonego nie jest pomniejszane o kwoty wcześniej wypłaconych Ubezpieczonemu świadczeń.

Świadczenie z tytułu śmierci może nie zostać wypłacone jeśli wcześniej nieubezpieczona osoba popełni samobójstwo w czasie pierwszych 6 miesięcy od daty objęcia jej ochroną ubezpieczeniową.

Jeżeli śmierć nastąpiła w wyniku samobójstwa, a osoba była wcześniej ubezpieczona, to Wykonawca zaliczy do okresu wyłączenia odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku samobójstwa staż Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy grupowego ubezpieczenia na życie którą Ubezpieczony był objęty, z zastrzeżeniem konieczności zachowania ciągłości ochrony i możliwością ograniczenia wysokości świadczenia przez okres pierwszych 6 miesięcy ochrony ubezpieczeniowej do kwoty określonej w poprzedniej umowie.

2. Śmierć ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli nieszczęśliwy wypadek miał miejsce w okresie odpowiedzialności Wykonawcy lub poprzedniego Ubezpieczyciela (przy zachowaniu ciągłości ochrony ubezpieczeniowej), śmierć zaistniała w okresie odpowiedzialności Wykonawcy i z medycznego punktu widzenia istniał związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią ubezpieczonego. Nie uzależnia się wypłaty świadczenia od długości okresu pomiędzy śmiercią, a nieszczęśliwym wypadkiem będącym jej przyczyną.

3. Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy

Wypadek przy pracy jest to nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego czynności albo poleceń w ramach istniejącego stosunku pracy i został zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP. Za wypadek przy pracy uznaje się także taki, który miał miejsce w czasie podróży służbowej.

Nie dopuszcza się możliwości ograniczenia odpowiedzialności z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku przy pracy w stosunku do osób, którzy nie są pracownikami Zamawiającego (ubezpieczonych członków rodzin pracowników). W takim przypadku wystąpienie wypadku przy pracy zostanie potwierdzone protokołem BHP wystawionym przez pracodawcę ubezpieczonego członka rodziny.

4. Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego

Nieszczęśliwy wypadek, któremu ubezpieczony uległ jako pieszy, rowerzysta, pasażer lub kierujący pojazdem, również bez udziału innych pojazdów, w transporcie lądowym, lotniczym lub wodnym. Za pojazdy lądowe uważa się także pojazdy jednośladowe i rowery.

5. Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy.

6. Śmierć ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu.

Prawo do świadczenia przysługuje, jeśli śmierć ubezpieczonego nastąpiła w okresie odpowiedzialności Wykonawcy, data rozpoznania zawału serca lub udaru mózgu wskazana w diagnozie lekarskiej miała miejsce w okresie odpowiedzialności Wykonawcy lub poprzedniego Ubezpieczyciela, i z medycznego punktu widzenia istniał związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu a śmiercią ubezpieczonego. Nie uzależnia się wypłaty świadczenia od długości okresu pomiędzy śmiercią, a zdarzeniem będącym jej przyczyną.

7. Trwały uszczerbek na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku.

Trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji. Świadczenie płatne jest za każdy 1% uszczerbku od co najmniej pierwszego procentu uszczerbku. Prawo do świadczenia przysługuje za maksymalnie 100% przyznanego uszczerbku.

8. Trwały uszczerbek na zdrowiu na skutek udaru lub zawału mięśnia sercowego.

Świadczenie płatne jest za każdy 1% uszczerbku od co najmniej pierwszego procentu uszczerbku. Prawo do świadczenia przysługuje za maksymalnie 100% przyznanego uszczerbku.

9. Poważne zachorowanie – obejmujące przynajmniej następujące zachorowania:

- a) Udar mózgu,
- b) Zawał serca,
- c) Niewydolność nerek,
- d) Bypass – chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych poprzez wytworzenie przepływów omijających (pomostów),
- e) Nowotwór złośliwy – pod pojęciem tym rozumie się też białaczkę, złośliwe schorzenie układu limfatycznego (np. choroba Hodgina) oraz chłoniaki nieziarnicze,
- f) Zarażenie wirusem HIV – transfuzyjne i zawodowe,
- g) Operację aorty (brzuszej i piersiowej),
- h) Przeszczep narządu - chirurgiczne przeszczepienie do organizmu biorcy (ubezpieczonego) narządu,
- i) Wszczepienie protezy zastawki serca,
- j) Całkowita i nieodwracalna utrata mowy,
- k) Całkowita obustronna i nieodwracalna utrata słuchu,
- l) Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku,
- m) Łagodne guzy mózgu - guzy mózgu nie sklasyfikowane jako złośliwe, wymagające usunięcia lub w przypadku braku możliwości leczenia operacyjnego, powodujące wystąpienie trwałych deficytów neurologicznych,
- n) Ciężkie oparzenia,
- o) Stwardnienie rozsiane,
- p) Śpiączka.

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

10. Operacja chirurgiczna ubezpieczonego.

- a) Świadczenie płatne z tytułu poddania się operacji chirurgicznej na terytorium RP i przynajmniej państw Unii Europejskiej. Zamawiający wymaga aby zakres terytorialny odpowiedzialności operacji chirurgicznej Wykonawcy odpowiadał zakresowi terytorialnemu odpowiedzialności z tytułu pobytu w szpitalu.
- b) Dopuszcza się podział operacji na klasy, w zależności od stopnia ich skomplikowania.
- c) Wypłata świadczenia za poddanie się najcięższej (najbardziej skomplikowanej) operacji wynosi 100%.
- d) Wypłata świadczenia za poddanie się najlżejszej (najmniej skomplikowanej) operacji nie może wynosić mniej niż 5%.
- e) Dopuszcza się ograniczenie odpowiedzialności Wykonawcy w stosunku do danego Ubezpieczonego w ciągu roku polisowego, do wypłaty świadczenia w wysokości 200% świadczenia za najcięższą operację. Jeśli suma poszczególnych świadczeń z tytułu poddania się Operacji chirurgicznej przez danego Ubezpieczonego miałyby przekroczyć 200% świadczenia za najcięższą operację, ostatecznie świadczenie zostanie pomniejszone w taki sposób, aby suma świadczeń w danym roku polisowym nie przekroczyła tego limitu.

- f) 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, jeżeli operacja miała miejsce w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
 - g) Wysokość wypłaconego świadczenia nie może być zależna od metody, jaką dokonano operacji.
 - h) Jeżeli katalog operacji stosowany przez Wykonawcę ma charakter zamknięty, wykaz operacji powinien zawierać przynajmniej 500 pozycji.
 - i) W przypadku przeprowadzenia ponownie tej samej operacji lub przeprowadzenia kolejnej operacji z tytułu tego samego zdarzenia (reoperacja) w okresie 60 dni lub mniej od pierwszej operacji, Wykonawca wypłaci świadczenie za tę operację, która ujęta będzie w katalogu operacji jako cięższa. W przypadku, gdy druga lub kolejna operacja będzie bardziej skomplikowana, Wykonawca dopłaci różnicę świadczeń pomiędzy: świadczeniem za poddanie się operacji bardziej skomplikowanej i świadczeniem za pierwszą mniej skomplikowaną operację. Wykonawca nie może stosować powyższego ograniczenia odpowiedzialności do jednej operacji przeprowadzonej w okresie 60 dni, jeżeli druga operacja nie była spowodowana tym samym zdarzeniem (chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem).
11. Pobyt w szpitalu – dzienne świadczenie wypłacane za każdorazowy całodobowy pobyt w szpitalu na terytorium RP i przynajmniej państw Unii Europejskiej. Zamawiający wymaga aby zakres terytorialny odpowiedzialności Wykonawcy z tytułu pobytu w szpitalu odpowiadał zakresowi terytorialnemu odpowiedzialności z tytułu operacji chirurgicznej.
- a) Świadczenie płatne za pobyt trwający nieprzerwanie minimum 3 dni w przypadku pobytu spowodowanego chorobą lub 2 dni w przypadku nieszczęśliwego wypadku. Po przekroczeniu tego terminu, świadczenie wypłacane jest za każdy dzień począwszy od pierwszego dnia pobytu w szpitalu. Wykonawca może skrócić wymagany okres pobytu w szpitalu, co będzie podlegało dodatkowej ocenie oferty.
 - b) Maksymalny okres pobytu w szpitalu, za który wypłacane jest świadczenie musi wynosić przynajmniej 90 dni w roku polisowym. Dzień przyjęcia i wypisu liczą się jako dni pełne. Wykonawca nie może wprowadzać ograniczenia liczby pobytów w szpitalu i ograniczenia ze względu na rodzaj oddziału na którym przebywał ubezpieczony.
 - c) Świadczenie jest wypłacane niezależnie od tego w jakim czasie od nieszczęśliwego wypadku miał miejsce pobyt w szpitalu i w jakim czasie zostało zdiagnozowane schorzenie będące przyczyną pobytu, jeżeli pobyt w szpitalu miał miejsce w okresie ubezpieczenia.
 - d) Świadczenie wypłacane jest także za pobyt w szpitalu rozpoczęty przed odpowiedzialnością Wykonawcy, jeżeli Ubezpieczony był wcześniej ubezpieczony i zachował ciągłość ubezpieczenia. Świadczenie wypłacane jest za te dni pobytu w szpitalu, które miały miejsce w okresie odpowiedzialności Wykonawcy, jeżeli łączny pobyt trwał wymaganą minimalną liczbę dni.
12. Pobyt w szpitalu z tytułu zawału lub udaru mózgu.
- Podwyższone świadczenie wypłacane przynajmniej przez pierwsze 14 dni pobytu w szpitalu. Świadczenie wypłacane od 15 dnia nie może być niższe niż świadczenie podstawowe wypłacane za pobyt w szpitalu z tytułu choroby.
13. Pobyt w szpitalu z tytułu nieszczęśliwego wypadku / wypadku komunikacyjnego/ wypadku przy pracy/ wypadku komunikacyjnego przy pracy
- Podwyższone świadczenie za pobyt w szpitalu z tytułu nieszczęśliwego wypadku, wypadku komunikacyjnego lub wypadku przy pracy lub wypadku komunikacyjnego przy pracy powinno być wypłacane przynajmniej przez pierwsze 14 dni pobytu w szpitalu. Świadczenie wypłacane od 15 dnia nie może być niższe niż świadczenie podstawowe wypłacane za pobyt w szpitalu z tytułu choroby.
14. Ryczał za pobyt na OIOM/OIT.

Wykonawca przyzna świadczenie jeżeli pobyt ubezpieczonego na OIOM lub OIT trwał co najmniej 48 godzin i ubezpieczony nabył prawo do wypłaty świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu.

15. Ryczałt na leki

Świadczenie pieniężne na pokrycie kosztów nabycia przez Ubezpieczonego leków po pobycie w szpitalu. Wykonawca wypłaci świadczenie wraz z wypłatą świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu (przynajmniej 3 razy w roku polisowym). Wykonawca nie będzie wymagał od Ubezpieczonego przedstawienia rachunków lub recept na zakupione leki.

16. Śmierć małżonka lub partnera życiowego.

Świadczenie z tytułu śmierci Partnera życiowego nie zgłoszonego do ubezpieczenia jako członka rodziny, zostanie wypłacone jeżeli Partner życiowy zostanie wskazany przez Ubezpieczonego w pisemnym oświadczeniu (deklaracji przystąpienia) lub gdy Ubezpieczony udowodni wspólne prowadzenie gospodarstwa domowego.

17. Śmierć dziecka

Śmierć dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Ubezpieczonego (jeżeli nie żyje ojciec lub matka), które nie ukończyło 25 roku życia lub bez względu na wiek w razie jego całkowitej niezdolności do pracy.

18. Osierocenie dziecka

Osierocenie dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Ubezpieczonego (jeżeli nie żyje ojciec lub matka), które nie ukończyło 25 roku życia lub bez względu na wiek w razie jego całkowitej niezdolności do pracy. Rozumiane jako jednorazowe świadczenie dla każdego dziecka Ubezpieczonego w pełnej wysokości określonej w umowie.

19. Śmierć rodziców Ubezpieczonego.

20. Śmierć rodziców małżonka lub partnera życiowego Ubezpieczonego.

Świadczenie z tytułu śmierci rodzica Partnera życiowego nie zgłoszonego do ubezpieczenia jako członka rodziny, zostanie wypłacone jeżeli Partner życiowy zostanie wskazany przez Ubezpieczonego w pisemnym oświadczeniu (deklaracji przystąpienia) lub gdy Ubezpieczony udowodni wspólne prowadzenie gospodarstwa domowego.

21. Urodzenie dziecka

Rozumiane także jako przysposobienie dziecka bez względu na jego wiek stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu. W przypadku ciąży mnogiej świadczenie w wysokości określonej w umowie ulega odpowiedniemu zwielokrotnieniu.

22. Urodzenie martwego noworodka

W rozumieniu przepisów dotyczących porodów i urodzeń, jeżeli urodzenie zostało zarejestrowane.

23. Leczenie specjalistyczne

- a) Wykonawca wypłaci świadczenie z tytułu przeprowadzenia u Ubezpieczonego leczenia specjalistycznego obejmującego co najmniej jedną z następujących procedur medycznych: ablacja, chemioterapia, radioterapia, wszczepienie rozrusznika serca, terapia interferonowa, wszczepienie kardiowertera/defibrylatora.
- b) Wykonawca przyzna świadczenie za każde przeprowadzone u Ubezpieczonego leczenie specjalistyczne w okresie ubezpieczenia. W przypadku przeprowadzenia chemioterapii i radioterapii, wypłata nastąpi za jedno leczenie, z tytułu tego leczenia, które zastosowano jako pierwsze.
- c) Niedopuszczalne jest uzależnianie zasadności wypłaty świadczenia z tytułu leczenia specjalistycznego od momentu zdiagnozowania choroby lub zajścia nieszczęśliwego wypadku. Wykonawca wypłaci świadczenie z tytułu leczenia specjalistycznego, jeżeli leczenie specjalistyczne zostanie rozpoczęte w okresie jego odpowiedzialności.

24. Klauzula dożywotniej indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia z gwarancją warunków.

- a) Wykonawca zagwarantuje prawo do dożywotniej indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia osobom, które przestały być członkami grupy, bez względu na ich wiek i stan zdrowia. Do oferty załączony zostanie z góry określony zakres ochrony ubezpieczeniowej oraz warunki ubezpieczenia, w tym składka.
 - b) Dopuszczalne jest uwarunkowanie przez Wykonawcę prawa do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia odpowiednim okresem uczestniczenia danej osoby w ubezpieczeniu grupowym, z zastrzeżeniem, że wymóg ten nie może być większy niż 6 miesięcy oraz, że do wymaganego okresu zaliczane jest też uczestniczenie w innej, wcześniejszej umowie ubezpieczenia funkcjonującej u Zamawiającego, z zachowaniem zostanie ciągłości ochrony ubezpieczeniowej.
 - c) Wykonawca zaproponuje dwa równocześnie funkcjonujące pakiety ubezpieczenia, obejmujące taki sam zakres świadczeń, różniące się tylko ich wysokością.
 - d) Miesięczna wysokość składki za jedną osobę nie może być wyższa niż składka w ubezpieczeniu grupowym.
 - e) Ubezpieczony będzie miał prawo wybrać inną składkę w indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia niż opłacał w programie grupowym.
 - f) Taryfa składki w indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia nie może być wyższa niż 7 10 zł za każdy 1.000 zł sumy ubezpieczenia.
 - g) Minimalny zakres ochrony ubezpieczeniowej musi obejmować:
 - zgon ubezpieczonego w minimalnej wysokości 100% SU,
 - zgon ubezpieczonego w wyniku NW w minimalnej wysokości 200% SU,
 - trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku NW (proporcjonalny system wypłaty świadczenia – za każdy 1 % uszczerbku - 1 % sumy ubezpieczenia) w minimalnej wysokości 400% SU za 100% uszczerbek.
 - h) **Wykonawca może też zaoferować osobom, które przestały być członkami grupy do wyboru swoje standardowe warunki indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia – decyzja o wyborze należeć będzie do ubezpieczonego.**
25. W przypadku śmierci bądź trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku nie jest dopuszczalne ograniczenie odpowiedzialności Wykonawcy za zdarzenia, które nastąpiły w wyniku następujących okoliczności:
- a) choroby lub zaburzenia psychicznego, ataku konwulsji, drgawek lub padaczki, zaburzenia zachowania, omdlenia, utraty przytomności;
 - b) wypadku lotniczego, jeżeli osoba ubezpieczona podróżowała jako pasażer samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
 - c) udziału osoby ubezpieczonej w amatorskich zajęciach sportowych lub zajęciach rekreacyjnych o ryzykownym charakterze.
26. W razie wystąpienia nieszczęśliwego wypadku przy pracy lub wypadku komunikacyjnego przy pracy dopuszczalne jest ograniczenie odpowiedzialności Wykonawcy za zdarzenia, które nastąpiły w wyniku udziału osoby ubezpieczonej w amatorskich zajęciach sportowych lub zajęciach rekreacyjnych o ryzykownym charakterze.
27. Wykonawca ponosi odpowiedzialność z tytułu zdarzeń wynikających z umowy ubezpieczenia także wtedy, gdy nieszczęśliwy wypadek powstał na skutek zamieszek, strajków lub aktów terrorystycznych, pod warunkiem, że ubezpieczony nie brał czynnego udziału w tych działaniach.

VII. FAKULTATYWNY ZAKRES UBEZPIECZENIA – ROZSZERZENIA ZAKRESU (W RAMACH ZAOFEROWANEJ SKŁADKI) PODLEGAJĄCE OCENIE.

1. Podwyższenie granicy wieku przyjmowania do programu dotychczas nieubezpieczonych członków rodzin.
2. Rozszerzenie listy poważnych zachorowań ponad wymagane minimum.
3. Wydłużenie maksymalnego okresu pobytu w szpitalu, za który płacone jest świadczenie, powyżej 90 dni w roku polisowym.

4. Skrócenie wymaganego minimalnego okresu pobytu w szpitalu z powodu choroby, niezbędnego do uruchomienia wypłaty świadczenia – do mniej niż 3 dni.
5. Skrócenie wymaganego minimalnego okresu pobytu w szpitalu z powodu ~~choroby~~ **nieszczęśliwego wypadku**, niezbędnego do uruchomienia wypłaty świadczenia – do mniej niż 2 dni.
6. Wypłata świadczenia z tytułu pobytu szpitalu także za pobyt mający na celu wyłącznie przeprowadzenie badań diagnostycznych. Kwota świadczenia równa kwocie z tytułu pobytu w szpitalu z powodu choroby.
7. Wypłata świadczenia za pobyt w szpitalu z tytułu nieszczęśliwego wypadku w tej samej wysokości do 14 dni i powyżej 14 dni - przez cały okres pobytu w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem.
8. Rozszerzenie listy gwarantowanych świadczeń w ramach indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia ponad wymagane minimum (np. śmierć małżonka).
9. Wypłata świadczenia równego wysokości świadczenia za najłżejszą operację w przypadku przeprowadzenia operacji chirurgicznej nie ujętej w zamkniętym katalogu Wykonawcy.
10. Prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia przez 12 miesięcy na takich samych warunkach jak w ubezpieczeniu grupowym. Po 12 miesiącach ubezpieczony może kontynuować ubezpieczenie na warunkach określonych w obligatoryjnym zakresie indywidualnej kontynuacji.
11. Zniesienie karencji dla pracowników przystępujących do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od daty początku obowiązywania umowy ubezpieczenia lub od daty uzyskania uprawnienia do przystąpienia i członków ich rodzin jeżeli przystąpienie będzie w rocznicę polisy.

VIII. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

1. Minimalne wymagane rodzaje i wysokości świadczeń zawiera **Załącznik nr 1B do SIWZ** – Tabela minimalnych wysokości świadczeń. Tabela zawiera skumulowane wysokości świadczeń.
2. W ramach umowy ubezpieczenia u Zamawiającego funkcjonować będą dwa zakresy różniące się świadczeniami i wysokością składki.
3. Wykonawca może zaproponować dodatkowe rodzaje świadczeń oraz wyższe kwoty świadczeń, co będzie podlegało ocenie zgodnie z opisem kryteriów oceny ofert zawartym w SIWZ.

IX. WYBRANE DEFINICJE

1. Partner życiowy – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku nieformalnym, prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, niepozostająca z ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa. Zarówno Ubezpieczony jak i wskazany przez niego partner nie mogą pozostawać w związku małżeńskim z osobą trzecią. Wskazanie partnera następuje przez pisemne oświadczenie ubezpieczonego w momencie jego przystępowania lub w dowolnym momencie trwania ubezpieczenia (na druku deklaracji przystąpienia, zmiany lub innym wskazanym przez Wykonawcę formularzu). Zmiana oświadczenia o wskazaniu na inną osobę jako partnera nie może być dokonywana częściej niż raz na 12 miesięcy. Wykonawca nie będzie w inny sposób weryfikował faktu wspólnego prowadzenia gospodarstwa domowego. Wskazanie partnera życiowego przez Ubezpieczonego rozszerza odpowiedzialność Wykonawcy o Partnera Życiowego na zasadach Współmałżonka.
2. Zawał serca - martwica części mięśnia sercowego spowodowana nagłym zmniejszeniem dopływu krwi.
3. Udar – nagłe, ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych lub śmierci, wywołane przez przyczyny naczyniowe rozumiane jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych wywołanych czynnikami urazowymi.
4. Zamawiający dopuszcza inne brzmienie definicji, zaproponowane przez Wykonawcę, z zastrzeżeniem, że nie pogorszy to oczekiwanego zakresu ochrony.

X. POCZĄTEK ODPOWIEDZIALNOŚCI WYKONAWCY

1. Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie wynikającym z umowy ubezpieczenia w odniesieniu do każdej z osób, rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po dniu złożenia przez tę osobę deklaracji przystąpienia, pod warunkiem przekazania za tę osobę Wykonawcy pierwszej składki w uzgodnionym terminie.
2. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, operacji chirurgicznej i leczenia specjalistycznego Wykonawca przyjmuje odpowiedzialność za skutki stanów chorobowych oraz nieszczęśliwych wypadków, które zostały stwierdzone lub zaszły przed początkiem odpowiedzialności Wykonawcy, wobec wszystkich ubezpieczonych, niezależnie od tego czy byli wcześniej ubezpieczeni czy też nie.
3. W przypadku zdarzeń ubezpieczeniowych objętych odpowiedzialnością Wykonawcy, innych niż wymienione w ust. 2 powyżej, Wykonawca przyjmie odpowiedzialność za skutki chorób i wypadków, które zostały stwierdzone i/lub zaszły przed początkiem odpowiedzialności Wykonawcy pod warunkiem, że zaszły w okresie odpowiedzialności poprzednich Ubezpieczycieli, a Ubezpieczony zachował ciągłość ubezpieczenia.
4. W żadnym przypadku Wykonawca nie może odmówić przyjęcia odpowiedzialności za skutki chorób i wypadków, które zostały stwierdzone lub zaszły lub ich przyczyna została stwierdzona przed początkiem odpowiedzialności Wykonawcy w sytuacji, gdy zostały stwierdzone lub zaszły lub ich przyczyna została stwierdzona wcześniej niż 3 lata przed datą zdarzenia ubezpieczeniowego.

XI. KARENCJE

1. Wykonawca wyraża zgodę na zniesienie wszelkich okresów karencji i innych czasowych ograniczeń ochrony dla osób, które przystąpią do ubezpieczenia w ciągu trzech miesięcy od daty początku obowiązywania umowy ubezpieczenia.
2. Wykonawca wyraża zgodę na zniesienie wszelkich okresów karencji i innych czasowych ograniczeń ochrony dla osób, które przystąpią do ubezpieczenia w ciągu trzech miesięcy od daty uzyskania uprawnienia do przystąpienia do ubezpieczenia, to jest:
 - a) Zatrudnienia u Zamawiającego – w przypadku pracownika i członków jego rodziny.
 - b) Powrotu pracownika z urlopu wychowawczego, urlopu bezpłatnego, zwolnienia lekarskiego – w przypadku pracownika i przystępujących razem z nim członków jego rodziny. **Wykonawca może wymagać od Ubezpieczonego udokumentowania czasu przebywania na urlopie bądź zwolnieniu. Zapis dotyczy tylko tych pracowników, którzy rozpoczęli urlop wychowawczy lub urlop bezpłatny przed początkiem obowiązywania umowy ubezpieczenia i w okresie wdrożenia nie byli aktywnymi pracownikami. Z zastrzeżeniem innych postanowień niniejszego OPZ, wobec członków rodzin przystępujących razem z pracownikiem, który przystępuje bez karencji, także zniesione są karencje.**
 - c) Zawarcia związku małżeńskiego – w przypadku małżonka pracownika.
 - d) Ukończenia 18 roku życia - w przypadku dziecka pracownika.
3. ~~Wykonawca wyraża zgodę na zniesienie wszelkich okresów karencji i czasowych ograniczeń ochrony ubezpieczeniowej dla partnera życiowego, który przystąpi do ubezpieczenia wraz z pracownikiem (pracownik przystąpi w okresie uprawnienia do zniesienia karencji). W przypadku przystąpienia do ubezpieczenia partnera życiowego w terminie innym niż przystąpienie pracownika, Wykonawca może zastosować w stosunku do partnera życiowego karencję.~~
Wykonawca wyraża zgodę na zniesienie wszelkich okresów karencji i czasowych ograniczeń ochrony ubezpieczeniowej dla wcześniej ubezpieczonych u Zamawiającego partnerów życiowych pracowników przy zachowaniu ciągłości ochrony. Wobec wcześniej nieubezpieczonych partnerów, którzy przystąpią do ubezpieczenia w tym samym terminie co pracownik i jest to termin bezkarencyjny, Wykonawca może zastosować karencję wyłącznie z tytułu ryzyk: urodzenie dziecka i śmierć rodzica/teścia. W przypadku partnerów przystępujących w innym terminie niż pracownik lub razem z pracownikiem ale już po upływie 3 miesięcy od daty nabycia przez pracownika uprawnienia, obowiązują wobec nich karencje.
4. W stosunku do osoby, która przystąpi do ubezpieczenia po 3 miesiącach od daty początku obowiązywania umowy ubezpieczenia lub daty uzyskania uprawnienia do przystąpienia, ale była dotychczas objęta dowolną umową grupowego ubezpieczenia na życie oraz przedstawi potwierdzenie posiadania dotychczasowej

ochrony i zachowana będzie jej ciągłość, Wykonawca do okresu karencji w zakresie danego świadczenia zaliczy okres ubezpieczenia w ramach tej dotychczasowej umowy w następujący sposób:

- a) Jeżeli Ubezpieczony był objęty dotychczasową umową w zakresie danego świadczenia przez okres równy lub dłuższy niż okres karencji u Wykonawcy, to Wykonawca z tytułu zdarzenia, które zajdzie w okresie karencji wypłaci świadczenie, ale w wysokości nie wyższej, niż była określona w dotychczasowej umowie.
 - b) Jeżeli Ubezpieczony był objęty dotychczasową umową w zakresie danego świadczenia przez okres krótszy niż okres karencji u Wykonawcy, to
 - przez okres będący różnicą karencji i okresu podlegania dotychczasowej ochronie ubezpieczeniowej w zakresie danego świadczenia odpowiedzialność Wykonawcy jest wyłączona (za wyjątkiem następstw nieszczęśliwych wypadków),
 - przez pozostały czas okresu karencji za zdarzenia ubezpieczeniowe, które zajdą w tym czasie Wykonawca wypłaci świadczenie, ale w wysokości nie wyższej, niż była określona w dotychczasowej umowie.
5. Dla osób, które przystąpią do ubezpieczenia po upływie trzech miesięcy od daty początku obowiązywania umowy ubezpieczenia lub po upływie trzech miesięcy od daty uzyskania uprawnienia do przystąpienia do ubezpieczenia, będą obowiązywały okresy karencji nie dłuższe niż podane poniżej w Tabeli nr 1.

Tabela 1. Maksymalne okresy karencji

Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Długość karencji
Śmierć ubezpieczonego	6 miesięcy
Śmierć ubezpieczonego na skutek udaru lub zawału serca	6 miesięcy
Trwały uszczerbek ubezpieczonego na zdrowiu na skutek udaru lub zawału serca	6 miesięcy
Poważne zachorowanie ubezpieczonego	3 miesiące
Operacje chirurgiczne	3 miesiące
Pobyt ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby	1 miesiąc
Pobyt ubezpieczonego w szpitalu w następstwie udaru lub zawału serca	1 miesiąc
Pobyt Ubezpieczonego na OIOM w następstwie choroby	1 miesiąc
Śmierć małżonka lub partnera	6 miesięcy
Śmierć dziecka	6 miesięcy
Osierocenie dziecka	6 miesięcy
Śmierć rodziców ubezpieczonego	6 miesięcy
Śmierć rodziców małżonka lub partnera	6 miesięcy
Urodzenie dziecka	9 miesięcy
Urodzenie martwego dziecka	6 miesięcy
Leczenie specjalistyczne	3 miesiące

6. Odpowiedzialność Wykonawcy w okresie karencji w przypadku wszystkich świadczeń ograniczona jest wyłącznie do zdarzeń spowodowanych następstwami nieszczęśliwego wypadku.

XII. UMOWA UBEZPIECZENIA

1. Umowa będzie zawarta na 36 miesięcy.
2. Zamawiający zastrzega sobie prawo opcji polegające na wydłużeniu czasu trwania umowy o dodatkowe 3 miesiące na niezmiennych warunkach.
3. Wykonawca zapewni niezmiennność warunków ubezpieczenia (m.in. wysokość składki, zakres i wysokość świadczeń) na czas trwania umowy, z zastrzeżeniem wymaganego poziomu partycypacji.
4. Zaproponowane przez wybranego Wykonawcę w ofercie warunki ubezpieczenia będą obowiązujące o ile przynajmniej 100 pracowników Zamawiającego zdecyduje się na przystąpienie do ubezpieczenia w okresie

pierwszych 3 miesięcy od daty początku obowiązywania umowy. Wykonawca może w ofercie zaproponować niższy próg partycypacyjny.

5. Jeżeli wymagany poziom partycypacji w ubezpieczeniu nie zostanie osiągnięty w okresie 3 miesięcy od daty początku obowiązywania umowy, Wykonawca będzie miał prawo po tym okresie zaproponować zmianę warunków ubezpieczenia w formie zmiany wysokości świadczeń i/lub zmiany składki. Zamawiający może zaakceptować zaproponowaną zmianę warunków ubezpieczenia lub rozwiązać umowę ubezpieczenia z zastosowaniem 3 miesięcznego okresu wypowiedzenia. W okresie wypowiedzenia obowiązywać będą niezmienione warunki oferty wyłonionej w ramach przetargu. Ewentualne obniżenie poziomu partycypacji po upływie okresu 3 miesięcy od daty początku obowiązywania Umowy nie będzie miało wpływu na warunki Umowy.
6. Aktualizacja listy ubezpieczonych nie będzie traktowana jako zmiana umowy ubezpieczenia i nie będzie wymagała potwierdzenia aneksem do umowy.

XIII. OBSŁUGA UBEZPIECZENIA

1. Wykonawca wyznaczy 2 osoby realizujące przedmiot zamówienia, które będą reprezentować Wykonawcę w godzinach urzędowania Zamawiającego (9 - 15 w dni robocze).
2. Koszty obsługi administracyjnej ubezpieczenia i koszty czynności brokerskich pokryje Wykonawca w łącznej wysokości stanowiącej równowartość 15% inkasa składki przez cały okres trwania umowy.

Wykonawca będzie przekazywał szczegółową informację o przebiegu ubezpieczenia za pośrednictwem Brokera w półrocznych okresach ubezpieczenia – narastająco (kolejna informacja powinna zawierać w sobie także poprzednie okresy). Informacja ta powinna zawierać przynajmniej rodzaj i numer roszczenia oraz kwotę wypłaconego świadczenia, a w przypadku odmowy wypłaty świadczenia - opis podstawy odmowy, pozwalający na jednoznaczne stwierdzenie o zasadności decyzji.

STRUKTURA PRACOWNIKÓW WIOŚ W WARSZAWIE

Zatrudnienie w WIOŚ na dzień 13.05.2019 r. wg wieku

Rok urodzenia	Płeć	
	kobieta	mężczyzna
1943	1	0
1944	0	0
1945	0	0
1946	0	0
1947	0	0
1948	0	0
1949	0	0
1950	1	0
1951	2	0
1952	1	3
1953	1	2
1954	1	2
1955	1	1
1956	0	1
1957	1	0
1958	1	1
1959	1	1
1960	3	2
1961	8	2
1962	3	4
1963	1	3
1964	6	1
1965	0	3
1966	1	1
1967	3	2
1968	3	1
1969	6	0
1970	1	2
1971	3	2
1972	2	4
1973	4	0
1974	3	1
1975	2	2
1976	3	3
1977	0	2
1978	4	1
1979	1	1
1980	2	2

Rok urodzenia	Płeć	
	kobieta	mężczyzna
1981	5	1
1982	2	1
1983	0	2
1984	4	1
1985	4	0
1986	2	4
1987	3	1
1988	2	0
1989	1	2
1990	1	2
1991	2	1
1992	2	1
1993	3	1
1994	1	1
1995	0	1
1996	0	1
RAZEM	102	70

TABELA MINIMALNYCH WYSOKOŚCI ŚWIADCZEŃ

Rodzaj zdarzenia	Minimalna wysokość świadczeń (w zł)	
	Zakres I	Zakres II
Śmierć ubezpieczonego	56.500,00	65.500,00
Śmierć ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	113.000,00	131.000,00
Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy	169.000,00	195.000,00
Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego	169.000,00	195.000,00
Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy	225.000,00	259.000,00
Śmierć ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	72.000,00	90.500,00
Trwały uszczerbek ubezpieczonego na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, świadczenie wypłacane za 1% uszczerbku, maksymalnie do 100%	560,00	600,00
Trwały uszczerbek ubezpieczonego na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, świadczenie wypłacane za 1% uszczerbku, maksymalnie do 100%	560,00	600,00
Poważne zachorowanie ubezpieczonego	4.400,00	6.200,00
Operacja chirurgiczna (podana wysokość świadczenia odpowiada kategorii najcięższych operacji)	3.200,00	4.000,00
Pobyt ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby– świadczenie za jeden dzień pobytu	80,00	110,00
Pobyt ubezpieczonego w szpitalu w następstwie zawału lub udaru mózgu– podwyższone świadczenie za jeden dzień pobytu wypłacane minimum do 14 dnia pobytu	95,00	120,00
Pobyt ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku - podwyższone świadczenie za jeden dzień pobytu wypłacane minimum do 14 dnia pobytu	160,00	220,00
Pobyt ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego – podwyższone świadczenie za jeden dzień pobytu wypłacane minimum do 14 dnia pobytu	180,00	240,00
Pobyt ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy – podwyższone świadczenie za jeden dzień pobytu wypłacane minimum do 14 dnia pobytu	180,00	240,00
Pobyt ubezpieczonego w szpitalu z tytułu nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy – podwyższone świadczenie za jeden dzień pobytu wypłacane minimum do 14 dnia pobytu	200,00	260,00
Śmierć małżonka lub partnera	9.000,00	14.000,00
Śmierć małżonka lub partnera w następstwie NW	9.000,00	14.000,00
Śmierć dziecka	3.300,00	4.000,00
Śmierć dziecka w następstwie NW	3.300,00	4.000,00
Osierocenie dziecka (jednorazowe świadczenie dla każdego dziecka)	3.300,00	4.500,00
Śmierć rodziców ubezpieczonego, rodziców małżonka lub partnera	1.450,00	2.050,00
Śmierć rodziców ubezpieczonego, rodziców małżonka lub partnera w następstwie NW	1.450,00	2.050,00
Urodzenie dziecka	1.000,00	1.400,00
Urodzenie martwego noworodka	2.000,00	2.800,00
Ryczałt na leki należny wraz ze świadczeniem za pobyt w szpitalu (do 3 razy w roku)	175,00	220,00
Jednorazowe ryczałtowe świadczenie szpitalne z tytułu pobytu OIOM	500,00	700,00
Leczenie specjalistyczne	3.200,00	3.800,00
Maksymalna wysokość składki	57,00	72,00