PROGRAM UBEZPIECZENIOWY

1. Założenia ogólne

1.1 Przedmiotem zamówienia jest grupowe ubezpieczenie na życie pracowników Zamawiającego, ich współmałżonków i pełnoletnich dzieci. Informacje dotyczące struktury zatrudnionych oraz struktury aktualnie ubezpieczonych zawarte są w Załączniku 1A. Zamawiający nie gwarantuje, że wszyscy pracownicy lub wszystkie aktualnie ubezpieczone osoby przystąpią do ubezpieczenia, a zawiązanie umowy ubezpieczenia będzie uwarunkowane indywidualną decyzją każdej z osób.

1.2 Program ubezpieczeniowy przewiduje istnienie czterech grup świadczeń wg tabeli przedstawionej w Załączniku 1B. Każda osoba przystępująca do ubezpieczenia podejmie indywidualną decyzję związaną z wyborem grupy. Zamawiający nie gwarantuje, że wszystkie grupy świadczeń będą miały uczestników. Przyjmuje się, że dana grupa świadczeń może funkcjonować jeżeli do ubezpieczenia w tej grupie świadczeń przystąpi co najmniej 70 osób (łącznie we wszystkich jednostkach Zamawiającego).

1.3 Wysokość składki ubezpieczeniowej za jedną osobę obowiązuje za cały zakres ubezpieczenia. Składka za jedną osobę przez cały okres ubezpieczenia jest niezmienna.

1.4 Składka za ubezpieczenie będzie płatna przez okres realizacji zamówienia w cyklu miesięcznym. Składki będą przekazywane z góry, do 20 dnia miesiąca, za który są należne. 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. Wysokość miesięcznej składki w ramach ubezpieczenia grupy świadczeń będzie iloczynem aktualnej w danym miesiącu liczby ubezpieczonych oraz wysokości miesięcznej składki zaoferowanej za jedną osobę.

1.5 Składka będzie płacona przez Zamawiającego przelewem na numer konta wskazany przez Wykonawcę.

1.6 Składka za pracownika, jak również za jego małżonka oraz pełnoletnie dziecko jeśli przystąpią do ubezpieczenia, będzie potrącana z wynagrodzenia pracownika za jego zgodą.

1.7 Z zastrzeżeniem postanowień zapisanych w punktach 1.8, 1.9 oraz 1.10 w ubezpieczeniu będą miały zastosowanie następujące karencje:

a) urodzenie się dziecka – karencja 9 miesięcy
b) ciężka choroba (poważne zachorowanie) – karencja 3 miesiące
c) leczenie szpitalne z powodu choroby – karencja 1 miesiąc
d) leczenie szpitalne z powodu zawału serca lub udaru mózgu – karencja 1 miesiąc
e) rekonwalescencja (poszpitalna) – karencja 1 miesiąc

f) ubezpieczenie na wypadek operacji chirurgicznych – karencja zgodnie z OWU Wykonawcy, jednak nie dłużej niż 3 miesiące
g) niezdolność do samodzielnej egzystencji – 3 miesiące
h) w pozostałych przypadkach – 6 miesięcy

1.8 Karencja nie ma zastosowania do zdarzeń, których przyczyną był nieszczęśliwy wypadek (w tym także nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny, nieszczęśliwy wypadek przy pracy oraz nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny przy pracy).

1.9 W przypadku pracowników, małżonków oraz pełnoletnich dzieci, w stosunku do osoby, która deklarację przystąpienia złożyła przed upływem 3 miesięcy, licząc od dnia, w którym nabyła prawo przystąpienia do ubezpieczenia, Wykonawca ogranicza stosowanie karencji do przypadków wymienionych w punkcie 1.7 od litera a) do litera g).

1.10 W przypadku świadczeń objętych karencją, staż karencyjny z dotychczasowego ubezpieczenia na życie będzie zaliczany w poczet karencji obowiązującej dla analogicznego świadczenia u Wykonawcy wybranego w niniejszym postępowaniu. Ustalenie to ma zastosowanie w odniesieniu do osób przystępujących do ubezpieczenia w przeciągu 3 miesięcy od ustania ochrony w ramach innego grupowego ubezpieczenia na życie, którym ta osoba była objęta.

1.11 Wykonawca gwarantuje ubezpieczonemu prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na warunkach określonych przez OWU (ogólne warunki ubezpieczenia) Wykonawcy, bez oceny ryzyka medycznego oraz zdolności finansowych tego ubezpieczonego, w przypadku wystąpienia ubezpieczonego z ubezpieczenia grupowego a także po ustaniu stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego pracownika z Zamawiającym oraz w okresie korzystania ubezpieczonego pracownika Zamawiającego z urlopu macierzyńskiego, wychowawczego lub urlopu bezpłatnego, z zastrzeżeniem punktu poniższego.

1.12 W wymienionych w powyższym punkcie przypadkach ustania ubezpieczenia grupowego Wykonawca może ograniczyć prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia osób, jeśli zachodzi którakolwiek z sytuacji:
a) Osoby te w okresie 6 miesięcy poprzedzających dzień ustania ubezpieczenia grupowego nie były w sposób ciągły objęte ubezpieczeniem grupowym na życie (sumując okres trwania ubezpieczenia u Wykonawcy oraz okres/y trwania grupowego ubezpieczenia na życie u innych Ubezpieczycieli),
b) Nie złożyły wniosku o indywidualną kontynuację ubezpieczenia w terminie 3 miesięcy licząc od dnia ustania ubezpieczenia grupowego.

1.13 Wykonawca akceptuje, że indywidualna kontynuacja ubezpieczenia, o której mowa w pkt. 1.10, będzie miała charakter dożywotni oraz będzie spełniała następujące dodatkowe warunki:
- gwarancja dożywotniego zakresu i wysokości świadczeń ubezpieczeniowych oraz dożywotnia niezmienność składki,
- zakres ubezpieczenia obejmuje minimum: zgon ubezpieczonego, zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zgon małżonka, zgon rodziców, zgon rodziców małżonka, urodzenie się dziecka ubezpieczonemu,

1.14 Ubezpieczony ma prawo w każdej chwili zrezygnować z ubezpieczenia grupowego, składając Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji, która skutkuje końcem odpowiedzialności z upływem ostatniego dnia miesiąca, za jaki przekazano składkę.

1.15 Wykonawca zobowiązuje się do realizacji świadczeń z tytułu zgonu naturalnego ubezpieczonego, zgonu naturalnego małżonka, urodzenia dziecka, śmierci rodziców i teściów oraz śmierci dziecka maksymalnie w ciągu 7 dni roboczych od daty wpływu kompletnej dokumentacji. W przypadku pozostałych roszczeń, Wykonawca zobowiązuje się do realizacji świadczeń maksymalnie w ciągu 30 dni roboczych od daty wpływu kompletnej dokumentacji.

1.16 Zamawiający dopuszcza możliwość wypłaty świadczenia bez konieczności powoływania komisji lekarskiej lub zleconej przez Wykonawcę wizyty u lekarza specjalisty. Wypłata świadczenia następuje wówczas na podstawie zgłoszenia roszczenia i dostarczonej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia. Na wniosek ubezpieczonego istnieje możliwość powołania komisji lekarskiej. Ubezpieczony może złożyć wniosek o powołanie komisji lekarskiej także wtedy, gdy uzna, że sprawa prowadzona wcześniej bez udziału komisji lekarskiej (np.: orzeczona przez lekarza specjalistę zleconego przez Wykonawcę) wymaga zweryfikowania z powołaniem komisji lekarskiej.

1.17 Wykonawca gwarantuje, że jeżeli powstanie konieczność powołania komisji lekarskiej, zostanie ona zorganizowana w dogodnym miejscu dla Ubezpieczonego i zaakceptowanym przez Wykonawcę.

2. Grupy świadczeń

2.1 Zamawiający zapewni ochronę ubezpieczeniową w zakresie co najmniej ryzyk/zdarzeń i wysokości świadczeń podanych w Załączniku nr 1B do SIWZ.

2.2 Definicje

Wypadek komunikacyjny – w zakresie zgodnym z definicją zawartą w OWU Wykonawcy z zastrzeżeniem, że definicja ta winna obejmować przynajmniej:
- nieszczęśliwy wypadek wywołany ruchem pojazdów na drodze, w którym ubezpieczony brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca
- nieszczęśliwy wypadek wywołany ruchem pojazdu szynowego/kolejowego
- nieszczęśliwy wypadek lotniczy
- nieszczęśliwy wypadek wywołany ruchem wodnym pojazdów wodnych /statków, w którym ubezpieczony brał udział jako członek załogi lub pasażer.

Dziecko - dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo)

Ciężka choroba (poważne zachorowanie) – poważny/ciężki stan chorobowy objęty odpowiedzialnością Ubezpieczyciela. Zamawiający formułuje dwa wymagania dotyczące listy poważnych zachorowań wchodzących do zakresu ubezpieczenia:

a) lista ta winna obejmować między innymi następujące ciężkie choroby: anemia aplastyczna, chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych by-pass, choroba

Creutzfelda-Jacoba, niewydolność nerek, nowotwór złośliwy, udar mózgu, zakażenie wirusem HIV w związku z wykonywanym zawodem, zakażenie wirusem HIV w związku z transfuzją krwi, zawał serca, oparzenia, transplantacja organów, utrata wzroku, oponiak, choroba Parkinsona;

b) katalog ciężkich chorób mający zastosowanie na podstawie OWU Wykonawcy winien po uzupełnieniu o wyżej wymienione pozycje obligatoryjne liczyć przynajmniej 36 pozycji.

Szpital – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami państwowy lub niepaństwowy zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tego przystosowanych. Domy opieki lub inne placówki, których jedynym zadaniem jest leczenie uzależnień (np. alkoholizmu) nie są traktowane jako szpital.

Leczenie szpitalne – leczenie stacjonarne (w szpitalu) stanów nagłych, w których odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo utratą życia lub leczenie stanów, w których nie można uzyskać celu leczniczego za pomocą leczenia ambulatoryjnego.

Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu – wypłacane za każdy dzień pobytu, począwszy od pierwszego dnia i za maksymalnie 180 dni w ciągu każdego roku trwania umowy ubezpieczenia. Zakres terytorialny obejmuje przynajmniej terytorium RP i innych krajów Unii Europejskiej oraz Monako, Norwegię, Szwajcarię i Watykan. W przypadku świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu wypłacanego tytułem zawału serca, udaru mózgu lub choroby warunkiem wypłaty świadczenia jest pobyt w szpitalu trwający minimum 4 dni.

Rekonwalescencja – trwający nieprzerwanie, bezpośrednio po pobycie w szpitalu kończącym się w trakcie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym przez ten oddział szpitalny, w którym odbywało się leczenie. Świadczenie z tytułu rekonwalescencji przysługuje, o ile pobyt w szpitalu trwał nieprzerwanie przez przynajmniej 10 dni. Świadczenie jest wypłacane za maksymalnie 30 dni nieprzerwanego zwolnienia lekarskiego. Zakres terytorialny świadczenia analogiczny jak w przypadku świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu.

Operacja chirurgiczna – zabieg chirurgiczny, wykonany w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przez wykwalifikowanego lekarza o specjalności zabiegowej, w celu przywrócenia prawidłowych czynności chorego narządu lub układu, usunięcia chorej tkanki, narządu lub jego części, usunięcia przyczyny choroby, ogniska chorobowego, dokonania przeszczepu, powiązany z koniecznością przecięcia tkanek.

2.3 Ubezpieczenie na wypadek operacji chirurgicznej

2.3.1 Ubezpieczenie na wypadek operacji chirurgicznej obejmuje świadczenia wypłacane w związku z operacjami chirurgicznymi przebytymi przez ubezpieczonego w czasie trwania umowy ubezpieczenia

2.3.2 W ubezpieczeniu będzie miał zastosowanie katalog operacji chirurgicznych oferowanych przez OWU Wykonawcy. Katalog ten winien spełniać jeden z dwóch alternatywnych warunków:

a) jest to katalog zamknięty obejmujący określoną liczbę operacji nazwanych; w takim przypadku wykaz ten powinien zawierać co najmniej 500 operacji i zabiegów,

b) jest to katalog otwarty, grupujący w sposób ogólny operacje (np.: według narządu, układu) z zastrzeżeniem, że w przypadku przeprowadzenia operacji nie objętej katalogiem Wykonawca wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie według poziomu trudności wykonania operacji, który według wiedzy medycznej odpowiada poziomowi trudności operacji wymienionej w katalogu operacji.

2.3.3 Operacje w katalogu winny być sklasyfikowane z podziałem na 3 klasy lub na więcej klas według stopnia trudności/poważności; najlżejsze operacje to takie, którym odpowiada najmniejszy stopień trudności; najcięższe, to takie, którym odpowiada największy poziom trudności.

2.3.4 W przypadku operacji najcięższych Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości sumy bazowej wskazanej w Załączniku nr 1B. W przypadku operacji należących do pozostałych klas świadczenie wypłacane jest zgodnie z algorytmem stosowanym w OWU Wykonawcy, z tym że żadne ze świadczeń nie może być niższe niż 20% wysokości sumy bazowej (tzn. jeśli świadczenie wyliczone algorytmem stosowanym w OWU Wykonawcy jest niższe niż 20% sumy bazowej, to jest wypłacane w wysokości 20% sumy bazowej).

2.3.5 W każdym okresie trwającym kolejne 60 dni należne jest tylko jedno świadczenie. Jeżeli w tym okresie konieczne jest przeprowadzenie dwóch lub więcej operacji chirurgicznych, Wykonawca wypłaca najwyższe świadczenie przysługujące za pojedynczą operację chirurgiczną spośród wykonanych.

2.3.6 Wykonawca może zaprzestać wypłat kolejnych świadczeń z tytułu przebytych przez ubezpieczonego operacji chirurgicznych, gdy:

a) Suma wypłat dotychczasowych świadczeń z tytułu przebytych przez ubezpieczonego operacji chirurgicznych wynosi nie mniej niż dwukrotność sumy bazowej,

b) Suma wypłat dotychczasowych świadczeń z tytułu przebytych przez ubezpieczonego operacji chirurgicznych będących następstwem jednej i tej samej choroby albo jednego i tego samego nieszczęśliwego wypadku wynosi nie mniej niż suma bazowa.

2.3.7 Limity, o których mowa w powyższym punkcie litera a) i litera b), są określone na roczny okres ubezpieczenia i są automatycznie odnawiane w pełnej wysokości w kolejnym rocznym okresie ubezpieczenia.

2.4 **Ryczał na leki / świadczenie apteczne / karta apteczna** – dodatkowe świadczenie pieniężne do zgłoszonego i przyznanego świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego. Świadczenie wynosi każdorazowo 200 zł (nie więcej niż 3 razy w roku polisowym) i jest wypłacane w formie dodatkowego świadczenia w złotych polskich. Zgłoszenie roszczenia z tytułu ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego jest jednocześnie zgłoszeniem roszczenia z tytułu ryczałtu na leki.