

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia

SPIS TREŚCI

A. INFORMACJE OGÓLNE.....	3
A.1. Osoby uprawnione do przystąpienia do programu.....	3
A.2. Koszty i czynności akwizycyjno-obługowe.....	3
A.3. Konstrukcja ubezpieczenia.....	4
A.4. Wiek wstępu	4
A.5. Termin realizacji umowy ubezpieczenia	4
A.6. Opcja dotycząca długości okresu świadczenia usługi grupowego ubezpieczenia na życie.....	4
A.7. Wypowiedzenie umowy przez Zamawiającego.....	5
A.8. Organizacja komisji lekarskich.....	5
A.9. Weryfikacja medyczna.....	5
A.10. System informatyczny.....	5
B. PRZEPISY WSPÓLNE DOTYCZĄCE RYZYK UJĘTYCH W PROGRAMIE.....	6
B.1. Karencje.....	6
B.2. Pre existing	7
B.3. Zbieg roszczeń.....	7
C. SZCZEGÓŁOWE REGULACJE RYZYK UJĘTYCH W UMOWIE UBEZPIECZENIA	7
C.1. Zapisy dotyczące wszystkich ryzyk.....	7
C.2. Obowiązujące definicje wspólne dla wszystkich ryzyk.....	7
C.3. Zgon Ubezpieczonego	8
C.4. Zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	8
C.5. Zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego	9
C.6. Zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy	10
C.7. Zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy.....	10
C.8. Zgon Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu.....	11
C.9. Osierocenie dziecka	11
C.10. Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem.....	12
C.11. Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu.....	12
C.12. Trwała niezdolność Ubezpieczonego do pracy	13
C.13. Poważne zachorowania ubezpieczonego / współmałżonka ubezpieczonego.....	14
C.14. Leczenie specjalistyczne ubezpieczonego.....	17
C.15. Operacje chirurgiczne ubezpieczonego	17
C.16. Leczenie szpitalne ubezpieczonego	19
C.17. Zgon małżonka Ubezpieczonego.....	22
C.18. Zgon małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	22
C.19. Śmierć dziecka Ubezpieczonego	23
C.20. Śmierć dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	23
C.21. Urodzenie dziecka ubezpieczonego.....	23
C.22. Urodzenie martwego dziecka	23
C.23. Zgon rodzica ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka ubezpieczonego.....	24
C.24. Indywidualna kontynuacja ubezpieczenia.....	24
D. PODGRUPY UBEZPIECZENIA.....	26
E. KLAUZULE FAKULTATYWNE	28
E.1. Klauzula zniesienia karencji i możliwości stosowania zasady pre-existing dla wszystkich osób ubezpieczonych.....	28
E.2. Klauzula definicji niezdolności do pracy	28
E.3. Klauzula zniesienia ograniczeń wiekowych dla ryzyka trwałej niezdolności do pracy.....	28
E.4. Klauzula otwartego katalogu operacji chirurgicznych.....	28
E.5. Klauzula zniesienia limitów operacji chirurgicznych	30
E.6. Klauzula rozszerzenia terytorialnego dla ryzyka operacji chirurgicznych	30
E.7. Klauzula odpowiedzialności za sporty.....	30
E.8. Klauzula rozszerzenia definicji szpitala o szpitale uzdrowiskowe i rehabilitacyjne	30
E.9. Klauzula skrócenia wymaganego do wypłaty świadczenia pobytu na OIOM /OIT.	30
E.10. Klauzula rozszerzenia definicji OIT/OIOM.	31
E.11. Klauzula kosztów tłumaczenia dokumentacji medycznej	31
E.12. Klauzula zniesienia ograniczeń wiekowych w definicji dziecka.....	31
E.13. Klauzula indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na warunkach grupy.....	31

<i>E.14. Klauzula indywidualnej kontynuacji na warunkach grupy przez okres od 13 do 24 miesięcy (zaakceptowanie niniejszej klauzuli oznacza automatyczną akceptację klauzuli E.13.)</i>	<i>31</i>
<i>E.15. Klauzula przeniesienia uprawnień do otrzymania świadczenia.....</i>	<i>31</i>

A. INFORMACJE OGÓLNE

A.1. Osoby uprawnione do przystąpienia do programu

1. Do umowy grupowego ubezpieczenia na życie mogą przystąpić pracownicy zatrudnieni przez Zamawiającego na podstawie umowy o pracę, bez względu na długość trwania stosunku prawnego łączącego Zamawiającego i pracownika. Struktura wiekowo-płciowa pracowników Zamawiającego zawarta jest w Załączniku nr 6 do SIWZ.
2. Za pracownika będzie również uznana osoba pracująca na podstawie umowy cywilno-prawnej (personel kontraktowy) bez względu na długość trwania stosunku umownego. Tym samym osoba taka będzie mogła przystąpić do umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
3. Do umowy grupowego ubezpieczenia na życie mogą przystąpić również współmałżonkowie oraz pełnoletnie dzieci (ukończyły 18 rok życia) pracowników Zamawiającego, pod warunkiem że wcześniej do ubezpieczenia przystąpił sam pracownik. Ww. członkowie rodzin pracownika mogą przystąpić do dowolnej podgrupy ubezpieczenia o składce nie wyższej niż składka opłacana przez pracownika. Wykonawca nie uzależni możliwości objęcia ochroną ubezpieczeniową współmałżonków i pełnoletnich dzieci od osiągnięcia ich określonej minimalnej liczby (brak wymaganego poziomu partycypacji dla współmałżonków i pełnoletnich dzieci).
4. Wykonawca za współmałżonka uzna również partnera życiowego ubezpieczonego – osobę wskazaną w deklaracji przystąpienia, niespokrewnioną z ubezpieczoną, z którym ubezpieczony prowadzi wspólne gospodarstwo domowe i pozostaje w nieformalnym związku. Wskazanie partnera ubezpieczonego jest możliwe wyłącznie w przypadku, gdy zarówno ubezpieczony jak i partner ubezpieczonego nie pozostają w innym formalnym związku małżeńskim z osobą trzecią w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną. Ubezpieczony wskazuje partnera życiowego w deklaracji przystąpienia. Zmiana partnera może odbyć się nie wcześniej niż po upływie 24 miesięcy licząc od poprzedniego wskazania partnera życiowego przez ubezpieczonego w złożonej deklaracji.
5. Partner życiowy będzie traktowany przez Wykonawcę analogicznie do współmałżonka również w kontekście ryzyk:
 - a) zgonu współmałżonka,
 - b) zgonu współmałżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - c) poważnego zachorowania współmałżonka ubezpieczonego,
 - d) zgonu rodzica/rodzica współmałżonka ubezpieczonego (za rodzica współmałżonka ubezpieczonego uznany będzie rodzic partnera ubezpieczonego, a za teścia partnera ubezpieczonego uznany będzie rodzic ubezpieczonego),
6. Przystąpienie do programu grupowego ubezpieczenia na życie będącego wynikiem niniejszego postępowania przetargowego wynika wyłącznie z indywidualnych decyzji pracowników. Zamawiający tym samym nie gwarantuje liczby ubezpieczonych, którzy przystąpią do programu oferowanego przez wyłonionego Wykonawcę.
7. Wykonawca zobowiązany jest do przyjęcia do programu grupowego ubezpieczenia na życie będącego wynikiem niniejszego postępowania wszystkich osób obecnie ubezpieczonych w programie grupowego ubezpieczenia na życie funkcjonującego u Zamawiającego, w tym osoby z orzeczoną niezdolnością do pracy, osoby przebywające na zwolnieniach lekarskich, urlopach macierzyńskich, urlopach bezpłatnych, pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej.

A.2. Koszty i czynności akwizycyjno-obługowe

1. Ofertę należy przygotować z uwzględnieniem kosztów akwizycyjno-obługowych w wysokości 15% brutto składki ubezpieczeniowej przez cały okres trwania umowy.
2. Składka ubezpieczeniowa rozumiana jest jako rzeczywista wartość składki należnej Wykonawcy, stanowiąca iloczyn liczby ubezpieczonych osób w danym okresie miesięcznym i wysokości składki za jedną osobę, którą Zamawiający przekazuje na rachunek Wykonawcy z częstotliwością miesięczną.
3. Koszty akwizycyjno-obługowe, o których mowa w ust. 1 wypłacane są przez cały okres trwania umowy, z częstotliwością miesięczną, bez względu na wysokość wskaźnika szkodowości grupowego ubezpieczenia na życie realizowanego przez Wykonawcę wyłonionego w drodze niniejszego postępowania.
4. Wysokość kosztów akwizycyjno-obługowych wskazana w ust. 1 zawiera wynagrodzenie personelu wykonującego czynności obsługowe na terenie zakładu pracy. Wykaz osób mających wykonywać czynności obsługowe w ramach programu, zakres ich czynności oraz sposób przekazania wynagrodzenia zostaną ustalone przez Zamawiającego z Wykonawcą wyłonionym w drodze niniejszego postępowania. Niniejsze wynagrodzenie obsługowe płatne jest przez cały okres trwania umowy ubezpieczenia będącej wynikiem niniejszego postępowania.

5. Wysokość kosztów akwizycyjno-obługowych wskazana w ust. 1 zawiera wynagrodzenie brokera z tytułu doprowadzenia do zawarcia umowy ubezpieczenia, które płatne jest przez cały okres trwania umowy ubezpieczenia będącej wynikiem niniejszego postępowania. Po podpisaniu umowy będącej wynikiem niniejszego postępowania Wykonawca zawrze z Brokerem porozumienie kurtażowe potwierdzające wysokość wynagrodzenia z tytułu doprowadzenia do zawarcia umowy ubezpieczenia.
6. Wykonawca zobowiązany jest do przeprowadzenia spotkań z pracownikami Urzędu Miasta Sieradza oraz miejskich jednostek organizacyjnych gminy miasto Sieradz celem zapoznania wyżej wymienionych osób z nowymi warunkami świadczonej ochrony ubezpieczeniowej. Dodatkowo wykonawca przygotowuje w uzgodnieniu z Zamawiającym oraz brokerem materiały informacyjne dotyczące przedmiotu niniejszego postępowania przetargowego, które będą następnie przekazane pracownikom.

A.3. Konstrukcja ubezpieczenia

1. Pracownikom Zamawiającego oraz członkom ich rodzin (współmałżonkowie i pełnoletnie dzieci) zaoferowane zostanie przystąpienie do grupowego ubezpieczenia na życie, będącego przedmiotem niniejszego postępowania.
2. Program grupowego ubezpieczenia na życie będący przedmiotem niniejszego postępowania składa się z czterech podgrup ubezpieczenia wskazanych w części D. Załącznika nr 5 do SIWZ „Opis przedmiotu zamówienia”
3. Każdy pracownik Zamawiającego będzie mógł skorzystać z dowolnej podgrupy ubezpieczenia niezależnie od jednostki organizacyjnej, w której jest zatrudniony.
4. Podgrupa ubezpieczenia zostanie uruchomiona w przypadku przystąpienia do niej co najmniej 5 pracowników.
5. Ubezpieczonemu przysługuje prawo zmiany podgrupy ubezpieczenia na inną podgrupę wyłącznie raz na 12 miesięcy. Złożone oświadczenie woli będzie skuteczne z pierwszym dniem kolejnego miesiąca kalendarzowego następującego po dniu złożenia oświadczenia. Wykonawca ma prawo zastosować w stosunku do takiej osoby karancję o długości wskazanej w punkcie B.1. jedynie w zakresie nadwyżki wysokości świadczeń bądź ryzyk, których nie obejmowała poprzednia podgrupa.
6. Ochrona w programie grupowego ubezpieczenia na życie będzie świadczona w wybranych podgrupach ubezpieczenia, zgodnie z zapisami ust. 3, bez względu na liczbę osób, które złożyły deklaracje przystąpienia do danej podgrupy.
7. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do rezygnacji z uczestnictwa w programie grupowego ubezpieczenia na życie poprzez złożenie stosownego oświadczenia Zamawiającemu. Ochrona ubezpieczeniowa kończy się z upływem ostatniego dnia kalendarzowego miesiąca, w którym ubezpieczony złożył stosowną rezygnację z programu.

A.4. Wiek wstępu

1. Wraz z zawarciem umowy lub w trakcie jej trwania do ubezpieczenia mogą przystąpić osoby, które w dniu złożenia deklaracji przystąpienia ukończyły 18 rok życia i nie ukończyły 70 roku życia.
2. Osoby, które przystąpiły do ubezpieczenia będą objęte pełnym zakresem ochrony ubezpieczeniowej przez cały okres trwania umowy zawartej w drodze niniejszego postępowania. Postanowienia ogólnych/szczególnych warunków ubezpieczenia lub innych wzorców umownych ograniczające odpowiedzialność Wykonawcy ze względu na wiek ubezpieczonego nie będą miały zastosowania.
3. Wykonawca ponadto przyjmie do ubezpieczenia bez względu na wiek wszystkie osoby aktualnie ubezpieczone w ramach grupowego ubezpieczenia funkcjonującego u Zamawiającego. Postanowienia ogólnych/szczególnych warunków ubezpieczenia lub innych wzorców umownych ograniczające odpowiedzialność Wykonawcy ze względu na wiek ubezpieczonego nie będą miały zastosowania.

A.5. Termin realizacji umowy ubezpieczenia

1. Świadczenie usługi rozpocznie się od dnia 01.03.2019 r.
2. Wykonawca będzie świadczyć usługę przez okres co najmniej 24 miesięcy z uwzględnieniem opcji opisanej w punkcie A.6.

A.6. Opcja dotycząca długości okresu świadczenia usługi grupowego ubezpieczenia na życie

1. W umowie zostaje wprowadzona opcja polegająca na możliwości dwukrotnego kontynuowania umowy ubezpieczenia przez okres kolejnych 12 miesięcy.
2. Opcja wchodzi w życie (umowa ulega automatycznie wznowieniu na analogicznych warunkach na okres kolejnych 12 miesięcy), jeżeli Zamawiający najpóźniej na 6 miesięcy przed końcem podstawowego okresu świadczenia usługi na podstawie umowy w sprawie zamówienia publicznego nie poinformuje Wykonawcy o braku chęci przedłużenia lub Wykonawca nie poinformuje Zamawiającego, w tym samym terminie, o przekroczeniu wskazanego w pkt A.6.3 poziomu stosunku wypłaconych świadczeń

do zebranej składki ubezpieczeniowej w okresie od początku obowiązywania umowy będącej wynikiem niniejszego postępowania.

3. Wykonawca może odmówić przedłużenia warunków wyłącznie pod warunkiem udowodnienia przekroczenia poziomu 75% stosunku wypłaconych świadczeń do zebranej składki ubezpieczeniowej w okresie od początku obowiązywania umowy będącej wynikiem niniejszego postępowania przetargowego. Zaświadczenie w tej sprawie Wykonawca powinien przedstawić Zamawiającemu w formie pisemnej, najpóźniej na 6 miesięcy przed końcem podstawowego okresu świadczenia usługi na podstawie umowy zawartej w wyniku niniejszego postępowania.
4. W razie wejścia w życie opcji przedłużenia okresu ubezpieczenia Wykonawca wystawi dokumentację ubezpieczeniową potwierdzającą przedłużenie ochrony najpóźniej na 45 dni po wejściu postanowień opcji w życie.

A.7. Wypowiedzenie umowy przez Zamawiającego

1. Zamawiający po rozpoczęciu świadczenia usługi grupowego ubezpieczenia na życie, może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia. Wykonawca świadczy usługę grupowego ubezpieczenia na życie do końca miesiąca, w którym upłynął termin wypowiedzenia.
2. Każdej z jednostek przysługuje prawo wypowiedzenia umowy w zakresie dotyczącym wyłącznie tej jednostki, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust.1.

A.8. Organizacja komisji lekarskich

1. Komisje lekarskie będą organizowane w miejscowości siedziby Zamawiającego.
2. Zamawiający dopuszcza możliwość zaocznego orzekania na podstawie przedstawionej kompletnej dokumentacji medycznej. W przypadku nie przekazania przez Ubezpieczonego kompletnej dokumentacji medycznej, Wykonawca wezwie Ubezpieczonego do uzupełnienia stwierdzonych braków.
3. W przypadku braku akceptacji wysokości orzeczonego w ten sposób świadczenia Ubezpieczonemu przysługuje prawo do ponownej weryfikacji medycznej przed komisją lekarską lub zgodnie z procedurą zaocznego orzekania na podstawie przedstawionej dokumentacji medycznej. Wybór sposobu weryfikacji sprawy – weryfikacja przed komisją lekarską lub zaoczne orzeczenie – będzie dokonywany na podstawie przedstawionej dokumentacji medycznej. W takim przypadku komisja lekarska zostanie zorganizowana w terminie nie przekraczającym 30 dni od dnia złożenia wniosku bądź dnia zakończenia leczenia, w zależności od tego, które zdarzenie nastąpiło później. Leczenie uznaje się za zakończone jeśli wykonano zalecone przez lekarza prowadzącego zabiegi m.in. rehabilitacyjne dążące do poprawy sprawności organu, narządu lub układu.
4. Zamawiający za komisję lekarską uzna również jednoosobowe badanie medyczne zorganizowane przez Wykonawcę. Komisje lekarskie zostaną zorganizowane na uzasadniony wniosek ubezpieczonego oraz na podstawie dokumentacji medycznej.

A.9. Weryfikacja medyczna

1. Zamawiający nie przewiduje możliwości wprowadzenia ankiet / kwestionariuszy / badań medycznych dla pracowników Zamawiającego, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Zamawiający nie przewiduje możliwości wprowadzenia ankiet / kwestionariuszy / badań medycznych dla współmałżonków, partnerów życiowych oraz pełnoletnich dzieci pracowników Zamawiającego, z zastrzeżeniem ust.3-4.
3. Wykonawca ma prawo do nałożenia na członka rodzin pracowników, nieubezpieczonych w umowach funkcjonujących w poszczególnych jednostkach Zamawiającego, wymogu wypełnienia oświadczenia o stanie zdrowia. Wykonawca nie może żądać wypełnienia takiego oświadczenia od pracowników, którzy nie byli ubezpieczeni w poprzednich umowach funkcjonujących w jednostkach organizacyjnych Zamawiającego.
4. Wykonawca może żądać wypełnienia oświadczenia, o którym mowa w ust. 3 również od pracowników oraz członków rodzin pracowników w przypadku ich przystąpienia do nowego programu po upływie 3 miesięcy od chwili nabycia prawa do przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie rozumianego zgodnie z zapisami B.1.2.

A.10. System informatyczny

Wykonawca zapewni pracownikom Zamawiającego obsługującym program grupowego ubezpieczenia na życie bezpłatny dostęp do systemu(ów) i narzędzi informatycznych, niezbędnych dla zapewnienia sprawnej obsługi tego ubezpieczenia. System informatyczny zapewni w szczególności następujące funkcjonalności:

- a) obsługa programu grupowego ubezpieczenia poprzez łącza internetowe,
- b) prowadzenie ewidencji osób objętych programem ubezpieczenia,

- c) prowadzenie ewidencji osób przystępujących do programu ubezpieczenia,
- d) prowadzenie ewidencji osób występujących do programu ubezpieczenia,
- e) rozliczanie miesięcznych składek,
- f) generowanie wniosku o wypłatę świadczeń umożliwiające jego późniejsze wydrukowanie,
- g) generowanie wniosku o przejście na indywidualną kontynuację umożliwiające jego późniejsze wydrukowanie.

Wykonawca zapewni system informatyczny na dzień podpisania umowy. Wykonawca zapewni odpowiednie przeszkolenie celem zapoznania się personelu obsługowego z dostępnymi funkcjami systemu oraz narzędzi informatycznych.

B. PRZEPISY WSPÓLNE DOTYCZĄCE RYZYK UJĘTYCH W PROGRAMIE

B.1. Karencja

1. Karencja nie ma zastosowania, jeżeli dana osoba złożyła deklarację przystąpienia przed upływem 3 miesięcy od chwili nabycia przez nią prawa do przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie.
2. Za chwilę nabycia prawa do przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie rozumie się:
 - a) pierwszy dzień świadczenia ochrony ubezpieczeniowej przez Wykonawcę wyłonionego w ramach niniejszego postępowania przetargowego – w przypadku pracownika, jeśli pozostawał w stosunku prawnym z Zamawiającym w chwili rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) datę zatrudnienia pracownika – w przypadku pracownika, jeśli stosunek prawny łączący go z Zamawiającym powstał po rozpoczęciu świadczenia ochrony ubezpieczeniowej,
 - c) późniejsza z dat: zawarcia związku małżeńskiego z pracownikiem lub nabycia prawa do przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie przez pracownika zgłaszającego współmałżonka – w przypadku współmałżonka pracownika,
 - d) Późniejsza z dat: osiągnięcia przez dziecko pełnoletniości lub nabycia prawa do przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie przez pracownika zgłaszającego pełnoletnie dziecko – w przypadku pełnoletniego dziecka pracownika (za pełnoletnie dziecko rozumie się dziecko własne, przysposobione, pasierba lub pasierbicę (jeżeli nie żyje ojciec lub matka), które ukończyło 18 rok życia).
3. Ponadto karencja nie ma zastosowania w przypadku:
 - a) świadczeń wynikających z zajścia nieszczęśliwego wypadku,
 - b) zmiany podgrupy na zasadach wskazanych w punkcie A.3.5.
4. Dotychczas nieubezpieczeni na życie partnerzy życiowi pracowników zostaną objęci karencjami, których długości wskazano w punkcie B.1.5., niezależnie od momentu przystąpienia do programu ubezpieczenia.
5. Maksymalna długość karencji w poszczególnych ryzykach

Klauzula	Długość karencji
Pakiet ochronny	
Zgon ubezpieczonego	6 miesięcy
Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	Brak
Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy	Brak
Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego	Brak
Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy	Brak
Zgon ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu	6 miesięcy Brak
Osierocenie dziecka przez ubezpieczonego	6 miesięcy
Pakiet zdrowotny	
Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	Brak
Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu	Brak
Trwała niezdolność do pracy	6 miesięcy (choroba) Brak (NW)
Poważne zachorowania ubezpieczonego	3 miesiące
Leczenie specjalistyczne ubezpieczonego	3 miesiące
Operacje chirurgiczne ubezpieczonego	3 miesiące
Leczenie szpitalne ubezpieczonego	1 miesiąc
Pakiet rodzinny	
Śmierć małżonka ubezpieczonego	6 miesięcy
Śmierć małżonka ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	Brak
Poważne zachorowanie małżonka	3 miesiące
Śmierć dziecka ubezpieczonego	6 miesięcy
Śmierć dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku	Brak

Urodzenie dziecka	9 miesięcy
Urodzenie martwego dziecka	1 miesiąc
Zgon rodzica ubezpieczonego lub rodzica małżonka ubezpieczonego	6 miesięcy

B.2. Pre existing

1. Wykonawca przejmie odpowiedzialność za skutki stanów chorobowych stwierdzonych lub leczonych oraz wypadków, które zaszły przed początkiem odpowiedzialności Wykonawcy, powodujących nabycie przez ubezpieczonego prawa do świadczenia w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Zapis ten ma zastosowanie do wszystkich ryzyk ujętych w programie ubezpieczenia będącym przedmiotem niniejszego postępowania.
2. Przejęcie odpowiedzialności opisane w ust. 1 będzie miało zastosowanie wyłącznie do osób ubezpieczonych w obecnie funkcjonującym u Zamawiającego programie ubezpieczenia pracowniczego.
3. Przejęcie odpowiedzialności opisane w ust. 1 nie będzie miało zastosowania do dotychczas nieubezpieczonych w funkcjonującym u Zamawiającego programie ubezpieczenia pracowników oraz członków rodzin (współmałżonkowie, partnerzy życiowi, pełnoletnie dzieci).
4. Zamawiający zastrzega, że zasada pre-existing może mieć zastosowanie wyłącznie w odniesieniu do poniżej wymienionych klauzul. Zapisy ogólnych lub szczególnych warunków ubezpieczenia, albo innych wzorców, które będą miały zastosowanie do umowy będącej wynikiem niniejszego postępowania wprowadzające zasadę pre-existing w innych niż poniżej wymienione ryzyka, nie będą miały zastosowania.
 - a) Trwała niezdolność do pracy.
 - b) Poważne zachorowanie ubezpieczonego.
 - c) Poważne zachorowanie małżonka ubezpieczonego.
 - d) Leczenie specjalistyczne.**

B.3. Zbieg roszczeń

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.

C. SZCZEGÓŁOWE REGULACJE RYZYK UJĘTYCH W UMOWIE UBEZPIECZENIA

C.1. Zapisy dotyczące wszystkich ryzyk

1. Prezentowane w regulacjach poszczególnych ryzyk definicje mają pierwszeństwo przed definicjami ujętymi w ogólnych / szczególnych warunkach ubezpieczenia lub innych wzorcach umownych mających zastosowanie w realizacji programu ubezpieczeniowego będącego wynikiem niniejszego postępowania przetargowego. W pozostałym nieuregulowanym zakresie obowiązywać będą definicje ujęte w ogólnych / szczególnych warunkach ubezpieczenia lub innych wzorcach umownych.
2. Prezentowane w regulacjach poszczególnych ryzyk wyłączenia odpowiedzialności stanowią dopuszczalny katalog wyłączeń w realizacji programu ubezpieczeniowego będącego wynikiem niniejszego postępowania przetargowego. Inne wyłączenia lub ograniczenia odpowiedzialności ujęte w ogólnych / szczególnych warunkach ubezpieczenia lub innych wzorcach umownych nie będą miały zastosowania.

C.2. Obowiązujące definicje wspólne dla wszystkich ryzyk

1. **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe, niezależne od woli Ubezpieczonego i stanu jego zdrowia gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, będące wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego odpowiedzialnością Wykonawcy,
2. **stan nietrzeźwości** – rozumiany zgodnie z art. 115 § 16 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny
3. **stan po użyciu alkoholu** – zachodzi, gdy:
 - a) zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila
 - lub
 - b) obecność alkoholu wynosi od 0,1 mg do 0,25 mg w 1 dcm sześciennym wydychanego powietrza,
4. **współmałżonek** – osoba pozostająca z ubezpieczonym w związku małżeńskim lub partner życiowy zgodnie z definicją wskazaną w pkt A.1.4. Załącznika nr 5 do SIWZ.
5. **wypadek przy pracy** – będące nieszczęśliwym wypadkiem nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które nastąpiło w okresie ubezpieczenia w związku z pracą:
 - a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego zwykłych czynności lub poleceń przełożonych w ramach stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego,

- b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia,
- c) w czasie pozostawiania Ubezpieczonego w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,
- d) w czasie podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w lit. a-c, chyba że wypadek spowodowany został postępowaniem Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań,
- e) podczas szkolenia w zakresie powszechnej samoobrony,
- f) przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające u pracodawcy organizacje związkowe i było bezpośrednią oraz wyłączną przyczyną zgonu Ubezpieczonego,

Wykonawca nie ograniczy swojej odpowiedzialności ze względu na miejsce / kraj zajścia wypadku przy pracy.

6. **wypadek komunikacyjny** – wypadek w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu Ubezpieczony uległ jako:

- a) kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym, motocyklem, pojazdem szynowym, statkiem wodnym lub pasażerskim statkiem powietrznym koncesjonowanych linii lotniczych albo jako pasażer któregoś z wymienionych pojazdów,
- b) rowerzysta,
- c) pieszy w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym,

Wykonawca nie ograniczy swojej odpowiedzialności ze względu na miejsce / kraj zajścia wypadku komunikacyjnego.

7. **wypadek komunikacyjny przy pracy** – zdarzenie spełniające jednocześnie wymogi definicji wypadku przy pracy oraz wypadku komunikacyjnego,

C.3. Zgon Ubezpieczonego

Obowiązujący katalog wyłączeń odpowiedzialności w trakcie wykonywania umowy ubezpieczenia.

1. Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności w przypadku:
 - a) zgonu ubezpieczonego w wyniku działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
 - b) zgonu ubezpieczonego w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - c) samobójstwa ubezpieczonego popełnionego w okresie 2 lat od początku odpowiedzialności w stosunku do tego ubezpieczonego,
 - d) zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, gdy prowadził on pojazd będąc w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii.
2. W przypadku zgonu ubezpieczonego do okresu 2 lat, o którym mowa w punkcie 1. lit. c) zaliczony zostanie również okres uczestnictwa osoby w poprzednich programach grupowego ubezpieczenia na życie dedykowanych pracownikom Zamawiającego, pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej.

C.4. Zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku

1. Obowiązujący katalog wyłączeń odpowiedzialności w trakcie wykonywania umowy ubezpieczenia.

Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za skutki nieszczęśliwego wypadku zaistniałego:

- a) w wyniku działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub czynnego udziału masowych rozruchach społecznych,
- b) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
- c) gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,
- d) bezpośrednio w wyniku zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych bez względu na zastosowaną dawkę,
- e) podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych prawem uprawnień, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,
- f) podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,

- g) podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - h) w wyniku samookaleczenia, usiłowania popełnienia albo popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa,
 - i) w wyniku uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba, że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku.
2. Prawo do świadczenia przysługuje:
- a) o ile z medycznego punktu widzenia istnieje normalny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem a zgonem Ubezpieczonego,
 - b) o ile zgon Ubezpieczonego nastąpił w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
3. Nie będą miały zastosowania postanowienia ogólnych (szczególnych) warunków ubezpieczenia, innych wzorców umownych, które będą miały zastosowanie do umowy ubezpieczenia, ograniczające odpowiedzialność Wykonawcy ze względu na miejsce/ kraj zajścia nieszczęśliwego wypadku.
4. Nie będą miały zastosowania postanowienia ogólnych (szczególnych) warunków ubezpieczenia, innych wzorców umownych, które będą miały zastosowanie do umowy ubezpieczenia, ograniczające odpowiedzialność Wykonawcy ze względu na czas jaki może upłynąć od nieszczęśliwego wypadku do zgonu ubezpieczonego.

C.5. Zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego

1. Obowiązujący katalog wyłączeń odpowiedzialności w trakcie wykonywania umowy ubezpieczenia.
Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za skutki nieszczęśliwych wypadków, które powstały:
- a) w wyniku działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub czynnego udziału masowych rozruchach społecznych,
 - b) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - c) gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,
 - d) bezpośrednio w wyniku zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych bez względu na zastosowaną dawkę,
 - e) podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych prawem uprawnień, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,
 - f) podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu, który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,
 - g) podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,
 - h) podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - i) w wyniku samookaleczenia, usiłowania popełnienia albo popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa,
 - j) w wyniku uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba, że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku.
2. Prawo do świadczenia przysługuje:
- a) o ile z medycznego punktu widzenia istnieje normalny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem a zgonem Ubezpieczonego,
 - b) o ile zgon Ubezpieczonego nastąpił w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
3. Nie będą miały zastosowania postanowienia ogólnych (szczególnych) warunków ubezpieczenia, innych wzorców umownych, które będą miały zastosowanie do umowy ubezpieczenia, ograniczające odpowiedzialność Wykonawcy ze względu na miejsce/ kraj zajścia wypadku komunikacyjnego.
4. Nie będą miały zastosowania postanowienia ogólnych (szczególnych) warunków ubezpieczenia, innych wzorców umownych, które będą miały zastosowanie do umowy ubezpieczenia, ograniczające odpowiedzialność Wykonawcy ze względu na czas jaki może upłynąć od wypadku komunikacyjnego do zgonu ubezpieczonego.

C.6. Zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy

1. Obowiązujący katalog wyłączeń odpowiedzialności w trakcie wykonywania umowy ubezpieczenia.
Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za skutki wypadku przy pracy zaistniałego:
 - a) w wyniku działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub czynnego udziału masowych rozruchach społecznych,
 - b) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - c) gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,
 - d) bezpośrednio w wyniku zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych bez względu na zastosowaną dawkę,
 - e) podczas, gdy ubezpieczony wykonywał pracę bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa, jeżeli spowodowało to zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - f) podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych prawem uprawnień, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,
 - g) podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,
 - h) podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - i) w wyniku samookaleczenia, usiłowania popełnienia albo popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa,
 - j) w wyniku uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba, że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku.
2. Prawo do świadczenia przysługuje:
 - a) o ile z medycznego punktu widzenia istnieje normalny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem a zgonem Ubezpieczonego,
 - b) o ile zgon Ubezpieczonego nastąpił w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
3. Nie będą miały zastosowania postanowienia ogólnych (szczególnych) warunków ubezpieczenia, innych wzorców umownych, które będą miały zastosowanie do umowy ubezpieczenia, ograniczające odpowiedzialność Wykonawcy ze względu na miejsce/ kraj zajścia wypadku przy pracy.
4. Nie będą miały zastosowania postanowienia ogólnych (szczególnych) warunków ubezpieczenia, innych wzorców umownych, które będą miały zastosowanie do umowy ubezpieczenia, ograniczające odpowiedzialność Wykonawcy ze względu na czas jaki może upłynąć od wypadku przy pracy do zgonu ubezpieczonego.

C.7. Zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy

1. Obowiązujący katalog wyłączeń odpowiedzialności w trakcie wykonywania umowy ubezpieczenia.
Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za skutki nieszczęśliwych wypadków, które powstały:
 - a) w wyniku działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub czynnego udziału masowych rozruchach społecznych,
 - b) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - c) gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,
 - d) bezpośrednio w wyniku zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych bez względu na zastosowaną dawkę,
 - e) podczas, gdy ubezpieczony wykonywał pracę bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa, a spowodowało to zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - f) podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych prawem uprawnień, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,

- g) podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu, który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,
 - h) podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,
 - i) podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - j) w wyniku samookaleczenia, usiłowania popełnienia albo popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa,
 - k) w wyniku uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba, że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku.
- 2. Prawo do świadczenia przysługuje:
 - a) o ile z medycznego punktu widzenia istnieje normalny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem a zgonem Ubezpieczonego,
 - b) o ile zgon Ubezpieczonego nastąpił w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
 - 3. Nie będą miały zastosowania postanowienia ogólnych (szczególnych) warunków ubezpieczenia, innych wzorców umownych, które będą miały zastosowanie do umowy ubezpieczenia, ograniczające odpowiedzialność Wykonawcy ze względu na miejsce/ kraj zajścia wypadku komunikacyjnego przy pracy.
 - 4. Nie będą miały zastosowania postanowienia ogólnych (szczególnych) warunków ubezpieczenia, innych wzorców umownych, które będą miały zastosowanie do umowy ubezpieczenia, ograniczające odpowiedzialność Wykonawcy ze względu na czas jaki może upłynąć od wypadku komunikacyjnego przy pracy do zgonu ubezpieczonego.

C.8. Zgon Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu

- 1. Za **zawał serca** uważa się martwicę części mięśnia sercowego spowodowaną nagłym zmniejszeniem dopływu krwi do tej części mięśnia sercowego.
- 2. Za **udar mózgu** uważa się nagłe ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych, wywołane wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi.
- 3. Obowiązujący katalog wyłączeń odpowiedzialności w trakcie wykonywania umowy ubezpieczenia.
Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu w przypadku wyłączenia odpowiedzialności Wykonawcy z tytułu zgonu Ubezpieczonego.
- 4. Prawo do świadczenia przysługuje:
 - a) o ile z medycznego punktu widzenia istnieje normalny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu a zgonem Ubezpieczonego,
 - b) o ile zgon Ubezpieczonego nastąpił w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
- 5. Nie będą miały zastosowania postanowienia ogólnych (szczególnych) warunków ubezpieczenia, innych wzorców umownych, które będą miały zastosowanie do umowy ubezpieczenia, ograniczające odpowiedzialność Wykonawcy ze względu na czas jaki może upłynąć od wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu do zgonu ubezpieczonego.

C.9. Osierocenie dziecka

- 1. Za **dziecko** rozumie się dziecko własne, przysposobione oraz pasierba Ubezpieczonego (jeżeli nie żyje ojciec lub matka) – pod warunkiem, że nie ukończyło 25 roku życia lub bez względu na wiek w razie jego niezdolności do pracy zarobkowej; za dziecko rozumie się dziecko od momentu narodzin,
- 2. Za **niezdolność do pracy zarobkowej** rozumie się niezdolność do pracy w rozumieniu ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.
- 3. Obowiązujący katalog wyłączeń odpowiedzialności w trakcie wykonywania umowy ubezpieczenia.
Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności z tytułu osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego w przypadku wyłączenia odpowiedzialności Wykonawcy z tytułu zgonu Ubezpieczonego.
- 4. Świadczenie wypłacane jest każdemu dziecku Ubezpieczonego w przypadku zgonu Ubezpieczonego w wysokości wskazanej w dokumentacji przetargowej.

C.10. Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem

1. Za trwały uszczerbek na zdrowiu uważa się trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego narządu, organu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego narządu, organu lub układu, lub upośledzeniu jego funkcji.
2. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku wypłacane jest za każdy procent stwierdzonego trwałego uszczerbku na zdrowiu. Nie będą miały zastosowania postanowienia ogólnych (szczególnych) warunków ubezpieczenia, innych wzorców umownych, które będą miały zastosowanie do umowy ubezpieczenia uzależniające wypłatę świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem od minimalnych wysokości (progów) orzeczonego trwałego uszczerbku. Maksymalna wysokość orzeczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku jednego wypadku ubezpieczeniowego wynosi 100%.
3. Obowiązujący katalog wyłączeń odpowiedzialności w trakcie wykonywania umowy ubezpieczenia.
Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za skutki nieszczęśliwego wypadku, który powstał:
 - a) w wyniku działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub czynnego udziału masowych rozruchach społecznych,
 - b) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - c) gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,
 - d) bezpośrednio w wyniku zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych bez względu na zastosowaną dawkę,
 - e) podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych prawem uprawnień, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,
 - f) podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,
 - g) podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - h) w wyniku samookaleczenia, usiłowania popełnienia albo popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa,
 - i) w wyniku uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba, że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku.
4. Nie będą miały zastosowania postanowienia ogólnych (szczególnych) warunków ubezpieczenia, innych wzorców, które będą miały zastosowanie do umowy ubezpieczenia, ograniczające odpowiedzialność Wykonawcy ze względu na miejsce/ kraj zajścia nieszczęśliwego wypadku.

C.11. Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu

1. Za **trwały uszczerbek na zdrowiu** uważa się trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego narządu, organu lub układu, polegające na: fizycznej utracie tego narządu, organu lub układu, lub upośledzeniu jego funkcji.
2. Za **zawał serca** uważa się jednoznaczne rozpoznanie martwicy części mięśnia sercowego w następstwie niedokrwienia danego obszaru kiedy u Ubezpieczonego:
 - a) spełnione są co najmniej trzy z czterech niżej wymienionych kryteriów:
 - występuje ból zamostkowy typowy dla zawału serca lub jego „maski”;
 - zmiany w zapisie EKG są charakterystyczne dla świeżego zawału serca lub zawał NSTEMI;
 - znamienne podwyższona aktywność markerów sercowych typowych dla zawału serca;
 - udokumentowane obniżenie funkcji lewej komory, takie jak zaburzenia kinetyki skurczu, uwidocznione w badaniu echokardiograficznym wykonanym co najmniej 6 tygodni po stwierdzeniu zawału serca,
 - lub
 - b) stwierdzono znamienne podwyższenie aktywności markerów sercowych typowych dla zawału serca oraz spełniony jest co najmniej jeden z trzech niżej wymienionych kryteriów:
 - występuje ból zamostkowy typowy dla zawału serca lub jego „maski”;
 - zmiany w zapisie EKG są charakterystyczne dla świeżego zawału serca lub zawał NSTEMI;

- udokumentowane obniżenie funkcji lewej komory, takie jak zaburzenia kinetyki skurczu, uwidocznione w badaniu echokardiograficznym wykonanym co najmniej 6 tygodni po stwierdzeniu zawału serca.

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stwierdzoną stabilną lub niestabilną chorobę wieńcową, bez cech dokonanego zawału serca. W odniesieniu do zawału serca, za dzień zdarzenia ubezpieczeniowego uważa się dzień postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii lub chorób wewnętrznych.

3. Za **udar mózgu** uważa się nagłe ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych, wywołane wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi; konieczne jest przedstawienie dowodów na utrwalone ubytki neurologiczne.
4. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku wypłacane jest za każdy procent stwierdzonego trwałego uszczerbku na zdrowiu.
5. Nie będą miały zastosowania postanowienia ogólnych (szczególnych) warunków ubezpieczenia, innych wzorców umownych które będą miały zastosowanie do umowy ubezpieczenia uzależniające wypłatę świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu od minimalnych wysokości (progów) orzeczonego trwałego uszczerbku.
6. Maksymalna wysokość orzeczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku jednego wypadku ubezpieczeniowego wynosi 100%.
7. Obowiązujący katalog wyłączeń odpowiedzialności w trakcie wykonywania umowy ubezpieczenia – brak wyłączeń odpowiedzialności.

C.12. Trwała niezdolność Ubezpieczonego do pracy

1. Za **trwałą niezdolność do pracy** uważa się trwałą, **całkowitą i nie rokującą poprawy** niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej w dowolnym zawodzie oraz do samodzielnej egzystencji, będącą rezultatem nieszczęśliwego wypadku lub choroby. Orzeczenie niezdolności do pracy musi mieć miejsce w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
2. Odpowiedzialność Wykonawcy po ukończeniu przez Ubezpieczonego 55 roku życia ograniczony jest do niezdolności do pracy powstałej wyłącznie w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
3. Obowiązujący katalog wyłączeń odpowiedzialności w trakcie wykonywania umowy ubezpieczenia. Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności z tytułu trwałej niezdolności ubezpieczonego do pracy powstałej:
 - a) w wyniku działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub czynnego udziału masowych rozruchach społecznych,
 - b) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - c) gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,
 - d) bezpośrednio w wyniku zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych bez względu na zastosowaną dawkę,
 - e) podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych prawem uprawnień, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,
 - f) podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,
 - g) podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - h) w wyniku samookaleczenia, usiłowania popełnienia albo popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa,
 - i) w wyniku uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba, że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku,
 - j) w następstwie chorób zdiagnozowanych, leczonych lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u ubezpieczonego przez początkiem odpowiedzialności wykonawcy w stosunku do tego ubezpieczonego – z zastrzeżeniem zapisów pkt. B.2 (Pre-existing).

C.13. Poważne zachorowania ubezpieczonego / współmałżonka ubezpieczonego.

1. Za **wystąpienie poważnego zachorowania** uważa się:
 - a) **zdiagnozowanie lub rozpoczęcie procesu leczenia** – w przypadku anemii aplastycznej, boreliozy, choroby Alzheimera, choroby Creutzfelda-Jakoba, choroby Parkinsona, łagodnego guza mózgu, niewydolności nerek, nowotworu złośliwego, odkleszczowego wirusowego zapalenia mózgu, oponiaka, paraliżu, sepsy, śpiączki, stwardnienia rozsianego, udaru mózgu, utraty mowy spowodowanej chorobą, utraty wzroku spowodowanej chorobą, utraty słuchu spowodowanej chorobą, zawału serca, zgorzeli gazowej;
 - b) **zajście nieszczęśliwego wypadku** – w przypadku poważnego oparzenia, utraty kończyny spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, utraty wzroku spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, utraty słuchu spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, utraty mowy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem;
 - c) **przeprowadzenie operacji** – w przypadku chirurgicznego leczenia choroby naczyń wieńcowych by-pass, masywnego zatoru tętnicy płucnej leczonego operacyjnie, operacji aorty, operacji zastawek serca, przeszczepu narządów, ropnia mózgu, utraty kończyny w wyniku choroby;
 - d) **zakażenie** – w przypadku zakażenia tęrczem, wścieklizną lub wirusem HIV;
2. Za **zawał serca** uważa się jednoznaczne rozpoznanie martwicy części mięśnia sercowego w następstwie niedokrwienia danego obszaru kiedy u Ubezpieczonego:
 - a) spełnione są co najmniej trzy z czterech niżej wymienionych kryteriów:
 - występuje ból zamostkowy typowy dla zawału serca lub jego „maski”;
 - zmiany w zapisie EKG są charakterystyczne dla świeżego zawału serca lub zawał NSTEMI;
 - znamienne podwyższona aktywność markerów sercowych typowych dla zawału serca;
 - udokumentowane obniżenie funkcji lewej komory, takie jak zaburzenia kinetyki skurczu, uwidocznione w badaniu echokardiograficznym wykonanym co najmniej 6 tygodni po stwierdzeniu zawału serca,
 - lub
 - b) stwierdzono znamienne podwyższenie aktywności markerów sercowych typowych dla zawału serca oraz spełniony jest co najmniej jeden z trzech niżej wymienionych kryteriów:
 - występuje ból zamostkowy typowy dla zawału serca lub jego „maski”;
 - zmiany w zapisie EKG są charakterystyczne dla świeżego zawału serca lub zawał NSTEMI;
 - udokumentowane obniżenie funkcji lewej komory, takie jak zaburzenia kinetyki skurczu, uwidocznione w badaniu echokardiograficznym wykonanym co najmniej 6 tygodni po stwierdzeniu zawału serca.

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stwierdzoną stabilną lub niestabilną chorobę wieńcową, bez cech dokonanego zawału serca. W odniesieniu do zawału serca, za dzień zdarzenia ubezpieczeniowego uważa się dzień postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii lub chorób wewnętrznych.
3. Za **udar mózgu** uważa się nagłe ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych, wywołane wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi; konieczne jest przedstawienie dowodów na utrwalone ubytki neurologiczne.
4. Za **łagodny guz mózgu** uważa się guzy mózgu nie sklasyfikowane jako złośliwe, wymagające usunięcia lub w przypadku braku możliwości leczenia operacyjnego, powodujące wystąpienie trwałych deficytów neurologicznych. Za łagodne guzy mózgu nie uważa się krwaków, torbieli, cyst, ziarniniaków, malformacji naczyniowych, guzów przysadki lub rdzenia kręgowego.
5. Za **oponiaka** uważa się potwierdzone histopatologicznie rozpoznanie oponiaka mózgu. Wyłączone z odpowiedzialności Wykonawcy, z tytułu niniejszej jednostki chorobowej są jakiegokolwiek inne zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym, tj. torbiele, ziarniniaki, malformacje naczyniowe, guzy przysadki i rdzenia kręgowego.
6. Za **nowotwór złośliwy** uważa się chorobę charakteryzującą się niekontrolowanym rozrostem złośliwych, patologicznych komórek niszczących zdrowe tkanki. Za nowotwór złośliwy uważa się także ziarnicę złośliwą i białaczkę. Rozpoznanie nowotworu musi być potwierdzone bezspornym dowodem naciekania lub badaniem histopatologicznym. Za nowotwór złośliwy nie uważa się:
 - a) nowotworu łagodnego,
 - b) każdego nowotworu opisanego histopatologicznie jako stadium przedinwazyjne lub jako nowotwór in situ (Tis) np. dysplazji szyjki macicy w stadiach CIN 1-3, raka pęcherza moczowego w stadium Ta,

- c) raka podstawnomórkowego i raka płaskonabłonkowego, czerniaka złośliwego w stadium zaawansowania T I a wg klasyfikacji TNM
 - d) ziarnicy złośliwej (choroby Hodgkina) i chłoniaków w pierwszym stadium zaawansowania (stadia IA i IB),
 - e) przewlekłej białaczki limfatycznej o stopniu zaawansowania wg Rai < 3,
 - f) raka prostaty histopatologicznie opisywanego jako T1 (T1a lub T1b lub T1c) w klasyfikacji TNM,
 - g) nowotworu współistniejącego z zakażeniem wirusem HIV (np. mięsaka Kaposiego).
7. Za **przeszczep narządów** uważa się przebycie jako biorca operacji przeszczepienia jednego lub więcej z niżej wskazanych narządów: serca, płuc, wątroby lub jej części, trzustki, nerki lub alogenicznego przeszczepu szpiku kostnego.
8. Za **operację zastawek serca** uważa się zastawkową wadę serca wymagającą wymiany chorobowo zmienionej naturalnej zastawki bądź zastawek serca z wszczepieniem protezy zastawkowej; rozpoznanie musi być oparte na dokumentacji potwierdzającej przebytą w trakcie odpowiedzialności operację wszczepienia jednej lub więcej protez zastawkowych; odpowiedzialność Wykonawcy nie obejmuje zabiegów rekonstrukcji nieprawidłowo pracujących elementów zastawek naturalnych.
9. Obowiązujący katalog jednostek poważnych zachorowań:
- 1) Anemia aplastyczna,
 - 2) Borelioza,
 - 3) Chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych – by-pass,
 - 4) Choroba Alzheimera,
 - 5) Choroba Creutzfelda-Jakoba,
 - 6) Choroba Parkinsona,
 - 7) Łagodny guz mózgu,
 - 8) Masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie
 - 9) Niewydolność nerek,
 - 10) Nowotwór złośliwy,
 - 11) Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu,
 - 12) Operacja aorty,
 - 13) Operacja zastawek serca,
 - 14) Oponiak,
 - 15) Poważne oparzenia,
 - 16) Paraliż,
 - 17) Przeszczep narządów,
 - 18) Ropień mózgu,
 - 19) Sepsa,
 - 20) Śpiączka,
 - 21) Stwardnienie rozsiane,
 - 22) Tęžec,
 - 23) Udar mózgu,
 - 24) Utrata kończyny wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku,
 - 25) Utrata mowy w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku,
 - 26) Utrata słuchu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku,
 - 27) Utrata wzroku w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku,
 - 28) Wścieklizna,
 - 29) Zakażenie wirusem HIV będące powikłaniem transfuzji krwi,
 - 30) Zakażenie wirusem HIV, będące następstwem bezpośredniego wykonywania obowiązków zawodowych,
 - 31) Zawał serca,
 - 32) Zgorzel gazowa.
10. Nie będą miały zastosowania postanowienia ogólnych (szczególnych) warunków ubezpieczenia, innych wzorców umownych, które będą miały zastosowanie do umowy ubezpieczenia ograniczające odpowiedzialność Wykonawcy w przypadku wystąpienia dwóch zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia w ramach ryzyka poważnych zachorowań w zależności od minimalnego okresu czasu pomiędzy tymi zdarzeniami.
11. W przypadku boreliozy oraz odkleszczowego wirusowego zapalenia mózgu świadczenie zostanie wypłacone wyłącznie za jedną z wymienionych jednostek chorobowych.
12. W przypadku zawału serca, operacji zastawek serca, przeprowadzenia chirurgicznego leczenia choroby naczyń wieńcowych by-pass oraz w przypadku przeszczepu serca spowodowanej chorobą wieńcową zostanie wypłacone świadczenie wyłącznie z tytułu wystąpienia jednej z wymienionych jednostek poważnych zachorowań.

13. W przypadku zdiagnozowania oponiaka spełniającego również definicję łagodnego guza mózgu zostanie wypłacone świadczenie wyłącznie z tytułu wystąpienia jednej z wymienionych jednostek poważnych zachorowań.
14. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu niewydolności nerek, świadczenie z tytułu przeszczepu nerek nie zostanie wypłacone.
15. W przypadku allogenicznego przeszczepu szpiku kostnego będącego następstwem przebytej terapii nowotworowej, zostanie wypłacone tylko jedno świadczenie.
16. W przypadku utraty mowy, słuchu lub wzroku będących bezpośrednim wynikiem innych jednostek chorobowych wymienionych powyżej, zostanie wypłacone tylko jedno świadczenie.
17. W przypadku uraty kończyny wskutek zgorzeli gazowej świadczenie zostanie wypłacone tylko jedno świadczenie.
18. W przypadku nowotworu złośliwego wypłacane jest tylko jedno świadczenie, chyba że ponowne wystąpienie nie pozostaje w związku z poprzednim stanem chorobowym (jest nowym ogniskiem pierwotnym).
19. W przypadku śpiączki będącej wynikiem innych jednostek chorobowych wymienionych w katalogu powyżej, zostanie wypłacone wyłącznie jedno świadczenie.
20. Wykonawca nie obejmuje ochroną poważnych zachorowań, które wystąpiły zgodnie z definicją zawartą w C.13.1. u tego Ubezpieczonego przed objęciem go ochroną ubezpieczeniową stanowiącą przedmiot niniejszego postępowania.
21. Obowiązujący katalog wyłączeń odpowiedzialności w trakcie wykonywania umowy ubezpieczenia.
Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za skutki poważnych zachorowań, które powstały:
 - a) w wyniku działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub czynnego udziału masowych rozruchach społecznych,
 - b) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - c) gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,
 - d) bezpośrednio w wyniku zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych bez względu na zastosowaną dawkę,
 - e) podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych prawem uprawnień, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,
 - f) podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,
 - g) podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - h) w wyniku samookaleczenia, usiłowania popełnienia albo popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa,
 - i) w wyniku uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba, że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku,
22. Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za poważne zachorowania, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto proces diagnostyczno-leczniczy u ubezpieczonego przez początkiem odpowiedzialności wykonawcy w stosunku do tego ubezpieczonego – z zastrzeżeniem zapisów pkt. B.2. (Pre-existing).
23. Nie będą miały zastosowania postanowienia ogólnych (szczególnych) warunków ubezpieczenia, innych wzorców umownych, które będą miały zastosowanie do umowy ubezpieczenia, ograniczające odpowiedzialność Wykonawcy ze względu na miejsce/ kraj zajścia nieszczęśliwego wypadku.
24. Nie będą miały zastosowania postanowienia ogólnych (szczególnych) warunków ubezpieczenia, innych wzorców umownych ograniczające odpowiedzialność Wykonawcy w przypadku osiągnięcia przez ubezpieczonego określonego wieku.
25. Po wystąpieniu danej jednostki poważnego zachorowania odpowiedzialność Wykonawcy wygasa w zakresie tej jednostki poważnego zachorowania, o ile kolejne wystąpienie danej jednostki poważnego zachorowania istnieje w związku przyczynowo-skutkowy z pierwszym wystąpieniem danej jednostki poważnego zachorowania.

C.14. Leczenie specjalistyczne ubezpieczonego

1. Obowiązujący katalog procedur leczenia specjalistycznego ubezpieczonego:
 - Ablacja,
 - Chemioterapia,
 - Dializoterapia,
 - Kardiowerter/defibrylator,
 - Radioterapia,
 - Rozrusznik serca,
 - Terapia interferonowa.
2. Obowiązujący katalog wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności w trakcie wykonywania umowy ubezpieczenia:

Wykonawca wypłaci jedno świadczenie z tytułu specjalistycznych procedur leczniczych zastosowanych w związku z jednym stanem chorobowym np. Wykonawca wypłaci jedno świadczenie w przypadku zastosowania chemioterapii oraz radioterapii przeprowadzonej w związku z jednym stanem chorobowym.
3. Odpowiedzialność Wykonawcy będzie dotyczyła wyłącznie takiego leczenia specjalistycznego, które rozpoczęło się w okresie jego odpowiedzialności.
4. Nie będą miały zastosowania postanowienia ogólnych (szczególnych) warunków ubezpieczenia, innych wzorców umownych ograniczające odpowiedzialność Wykonawcy w zależności od stanu chorobowego, do leczenia którego wykorzystano daną procedurę.

C.15. Operacje chirurgiczne ubezpieczonego

1. Za operację chirurgiczną uważa się zabieg chirurgiczny lub zabieg operacyjny, wykonany w placówce medycznej przez wykwalifikowanego lekarza o specjalności zabiegowej, w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, niezbędny z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazów, wskazany w katalogu operacji chirurgicznych zamieszczonym w dalszej części niniejszego dokumentu lub w ofercie Wykonawcy.
2. Nie będą miały zastosowania postanowienia ogólnych (szczególnych) warunków ubezpieczenia, innych wzorców umownych, które będą miały zastosowanie do umowy ubezpieczenia uzależniające wypłatę świadczenia z tytułu ubezpieczenia ryzyka operacji chirurgicznych od minimalnej długości koniecznego pobytu w szpitalu.
3. Wykonawca wypłaca świadczenie po wykonaniu operacji chirurgicznej, zgodnie z klasyfikacją katalogu operacji chirurgicznych stosowanego przez Wykonawcę.
4. Wykonawca przedstawi w ofercie katalog operacji chirurgicznych zawierający co najmniej 525 operacji chirurgicznych wraz z ich podziałem na klasy ryzykowności.
5. Zamawiający dopuszcza możliwość stosowania maksymalnie 5 klas ryzykowności operacji chirurgicznych. Katalog operacji chirurgicznych przedstawiony w ofercie przez Wykonawcę musi spełniać następujące wymagania:
 - a) Co najmniej 45 operacji chirurgicznych będzie przewidywało wypłatę świadczenia w wysokości nie mniejszej niż 100% świadczenia wskazanego dla operacji chirurgicznych w tabelach dla poszczególnych podgrup ubezpieczenia, znajdujących się w części D. niniejszego dokumentu,
 - b) Co najmniej 185 operacji chirurgicznych będzie przewidywało wypłatę świadczenia w wysokości nie mniejszej niż 50% świadczenia wskazanego dla operacji chirurgicznych w tabelach dla poszczególnych podgrup ubezpieczenia, znajdujących się w części D. niniejszego dokumentu,
 - c) Co najmniej 385 operacji chirurgicznych będzie przewidywało wypłatę świadczenia w wysokości nie mniejszej niż 20% świadczenia wskazanego dla operacji chirurgicznych w tabelach dla poszczególnych podgrup ubezpieczenia, znajdujących się w części D. niniejszego dokumentu,
 - d) Minimalna wysokość świadczenia dla pozostałych operacji chirurgicznych będzie nie mniejsza niż 10% świadczenia wskazanego dla operacji chirurgicznych w tabelach dla poszczególnych podgrup ubezpieczenia, znajdujących się w części D. niniejszego dokumentu.
6. Nie będą miały zastosowania postanowienia ogólnych (szczególnych) warunków ubezpieczenia, innych wzorców umownych, które będą miały zastosowanie do umowy ubezpieczenia uzależniające wypłatę świadczenia z tytułu ubezpieczenia ryzyka operacji chirurgicznych od metody wykonania operacji chirurgicznej.
7. Nie będą miały zastosowania postanowienia ogólnych (szczególnych) warunków ubezpieczenia, innych wzorców umownych, które będą miały zastosowanie do umowy ubezpieczenia ograniczające odpowiedzialność Wykonawcy ze względu na odstęp czasu dzielący wykonane operacje chirurgiczne, z zastrzeżeniem zapisów pkt. C.15.7

8. W przypadku wykonania w okresie jednego pobytu w szpitalu kilku operacji chirurgicznych, które pozostają ze sobą w związku, Wykonawca wypłaci tylko jedno świadczenie, najwyższe ze względu na klasyfikację zabiegu.
9. Wypłata świadczeń w wysokości 250% świadczenia wskazanego dla operacji chirurgicznych w tabelach dla poszczególnych podgrup ubezpieczenia, znajdujących się w części D. niniejszego dokumentu, z tytułu operacji chirurgicznych będących następstwem jednej i tej samej choroby albo jednego i tego samego nieszczęśliwego wypadku powoduje zakończenie odpowiedzialności Wykonawcy w stosunku do ubezpieczonego w odniesieniu do danej choroby lub danego nieszczęśliwego wypadku.
10. Łączna wypłata świadczeń w wysokości 500% świadczenia wskazanego dla operacji chirurgicznych w tabelach dla poszczególnych podgrup ubezpieczenia, znajdujących się w części D. niniejszego dokumentu, powoduje zakończenie odpowiedzialności Wykonawcy w stosunku do ubezpieczonego w zakresie niniejszej klauzuli.
11. Obowiązujący katalog wyłączeń odpowiedzialności w trakcie wykonywania umowy ubezpieczenia.
Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli konieczność przeprowadzenia operacji chirurgicznej powstała:
 - a) w wyniku działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub czynnego udziału masowych rozruchach społecznych,
 - b) wskutek katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie promieniami jonizującymi, chemiczne lub biologiczne,
 - c) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - d) gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,
 - e) bezpośrednio w wyniku zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych bez względu na zastosowaną dawkę,
 - f) podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych prawem uprawnień, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,
 - g) podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,
 - h) podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - i) w wyniku samookaleczenia, usiłowania popełnienia albo popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa,
 - j) w wyniku uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba, że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku,
 - k) w wyniku uprawiania sportu w celach zarobkowych (profesjonalne uprawianie sportu) lub w wyniku rekreacyjnego uprawiania sportów walki, sportów motorowych i motorowodnych, sportów lotniczych, wspinaczki wysokogórskiej, speleologii, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, skoków na linie (ang. bungee jumping).
12. Ponadto Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności z tytułu operacji chirurgicznej:
 - a) w której Ubezpieczony był dawcą organów i narządów,
 - b) kosmetycznej, estetycznej lub stomatologicznej, z wyjątkiem przypadków gdy operacja była niezbędna do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków lub choroby nowotworowej, jeśli te zdarzenia miały miejsce w okresie odpowiedzialności Wykonawcy,
 - c) wykonanej w celu antykoncepcyjnym,
 - d) wykonanej w celach diagnostycznych,
 - e) reoperacji,
 - f) wykonanej bez uzasadnienia medycznego,
 - g) zmniejszenia lub powiększenia piersi oraz zmiany płci,
 - h) związanej z usunięciem ciał obcych metodą endoskopową,
 - i) związanej z wymianą wszczepionego na stałe urządzenia, sztucznego narządu lub części sztucznego narządu, jeżeli jest wymiana jest podyktowana zwykłym zużyciem eksploatacyjnym.
13. Nie będą miały zastosowania postanowienia ogólnych (szczególnych) warunków ubezpieczenia, innych wzorców, które będą miały zastosowanie do umowy ubezpieczenia, ograniczające odpowiedzialność Wykonawcy ze względu na miejsce/ kraj zajścia nieszczęśliwego wypadku.

14. Nie będą miały zastosowania postanowienia ogólnych (szczególnych) warunków ubezpieczenia, innych wzorców, które będą miały zastosowanie do umowy ograniczające odpowiedzialność Wykonawcy w stosunku do przeprowadzonej operacji chirurgicznej u ubezpieczonego, która miała miejsce w ograniczonym okresie czasu od zajścia nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną wykonanej operacji chirurgicznej.
15. Zakres terytorialny odpowiedzialności Wykonawcy obejmuje wyłącznie terytorium RP.

C.16. Leczenie szpitalne ubezpieczonego

1. Za **szpital** uważa się zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność w rodzaju świadczenia szpitalne.
2. **Świadczenie szpitalne** - wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin.
3. Świadczenie przysługuje ubezpieczonemu jeśli pobyt w szpitalu trwał nie mniej niż 3 dni, jeżeli był spowodowany chorobą i nie mniej niż 1 dzień jeżeli był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem. W przypadku pobytu w szpitalu trwającego co najmniej odpowiednio 3 dni bądź 1 dzień, świadczenie wypłacane jest za cały okres pobytu w szpitalu. Za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uznaje się dzień przyjęcia do szpitala niezależnie od godziny przyjęcia. Za ostatni dzień pobytu w szpitalu uznaje się dzień wypisu ze szpitala bez względu na godzinę wypisu. Jeżeli dzień przyjęcia do szpitala będzie
4. również dniem wypisu ze szpitala to dzień ten będzie liczony jako jeden dzień pobytu w szpitalu, a tym samym spełniony będzie warunek minimalnej wymaganej długości pobytu w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku i ubezpieczonemu będzie należne świadczenie.
5. Przy ustalaniu zasadności świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu, Wykonawca weźmie pod uwagę długość całego okresu pobytu w szpitalu łącznie z okresem mającym miejsce przed początkiem odpowiedzialności Wykonawcy. Świadczenie zostanie wypłacone wyłącznie za okres pobytu w szpitalu przypadający od pierwszego dnia odpowiedzialności Wykonawcy. Niniejsza zasada ma zastosowanie wyłącznie do osób ubezpieczonych w ramach grupowej umowy ubezpieczenia dedykowanej pracownikom Zamawiającego bezpośrednio przed umową ubezpieczenia zawartą w wyniku niniejszego postępowania. Powyższą zasadę stosuje się także do stwierdzenia zasadności wypłaty z tytułu ryzyka rekonwalescencji.
6. Wysokość świadczenia należnego ubezpieczonemu z tytułu pobytu w szpitalu za jeden dzień pobytu określone zostały w Tabeli w punkcie D.
7. Za **OIT (Oddział Intensywnej Terapii) / OIOM (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej)** uważa się wyodrębniony organizacyjnie, jako osobny oddział w strukturach szpitala, wyposażony w sprzęt umożliwiający stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych oraz podjęcie czynności zastępczych w przypadku niewydolności narządów lub układów ustroju; ~~za powyższy uważa się również salę intensywnej opieki medycznej, tj. salę wydzieloną w oddziale szpitalnym, przeznaczoną dla pacjentów pod opieką specjalistów intensywnej terapii i anestezjologii, wyposażoną w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych, w której odbywa się leczenie ciężkich stanów niewydolności najważniejszych organów i układów organizmu oraz ciężkich stanów pooperacyjnych lub odpowiednik takiej sali działający zgodnie z prawem państwa, na terytorium którego się znajduje; za salę intensywnej opieki medycznej uważa się również salę intensywnej terapii oraz salę intensywnego nadzoru medycznego.~~
8. Za **pobyt na OIT / OIOM** uważa się trwający nieprzerwanie co najmniej 48 godzin pobyt na OIT / OIOM w trakcie pobytu w szpitalu.
9. Za **rekonwalescencję** uważa się trwający nieprzerwanie pobyt ubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim wydanym przez oddział szpitalny, w którym odbywało się leczenie szpitalne, bezpośrednio po co najmniej 14-dniowym pobycie w szpitalu, odpowiedzialność Wykonawcy ograniczona jest do pierwszych 30 dni zwolnienia lekarskiego po danym pobycie w szpitalu. Przyczyną zwolnienia lekarskiego, o którym mowa w pierwszym zdaniu musi być choroba lub nieszczęśliwy wypadek, które były przyczyną pobytu ubezpieczonego w szpitalu
10. Za **zawał serca** uważa się jednoznaczne rozpoznanie martwicy części mięśnia sercowego w następstwie niedokrwienia danego obszaru kiedy u Ubezpieczonego:
 - a) spełnione są co najmniej trzy z czterech niżej wymienionych kryteriów:
 - występuje ból zamostkowy typowy dla zawału serca lub jego „maski”;
 - zmiany w zapisie EKG są charakterystyczne dla świeżego zawału serca lub zawału NSTEMI;
 - znamienne podwyższona aktywność markerów sercowych typowych dla zawału serca;

- udokumentowane obniżenie funkcji lewej komory, takie jak zaburzenia kinetyki skurczu, uwidocznione w badaniu echokardiograficznym wykonanym co najmniej 6 tygodni po stwierdzeniu zawału serca,

lub

b) stwierdzono znamienne podwyższenie aktywności markerów sercowych typowych dla zawału serca oraz spełniony jest co najmniej jeden z trzech niżej wymienionych kryteriów:

- występuje ból zamostkowy typowy dla zawału serca lub jego „maski”;
- zmiany w zapisie EKG są charakterystyczne dla świeżego zawału serca lub zawał NSTEMI;
- udokumentowane obniżenie funkcji lewej komory, takie jak zaburzenia kinetyki skurczu, uwidocznione w badaniu echokardiograficznym wykonanym co najmniej 6 tygodni po stwierdzeniu zawału serca.

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stwierdzoną stabilną lub niestabilną chorobę wieńcową, bez cech dokonanego zawału serca. W odniesieniu do zawału serca, za dzień zdarzenia ubezpieczeniowego uważa się dzień postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii lub chorób wewnętrznych.

11. Za **udar mózgu** uważa się nagłe ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych, wywołane wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi; konieczne jest przedstawienie dowodów na utrwalone ubytki neurologiczne.
12. Nie będą miały zastosowania postanowienia ogólnych (szczególnych) warunków ubezpieczenia, innych wzorców umownych, które będą miały zastosowanie do umowy ograniczające odpowiedzialność Wykonawcy w stosunku do pobytu w szpitalu ubezpieczonego, który wystąpił w ograniczonym okresie czasu od zajścia nieszczęśliwego wypadku, wypadku komunikacyjnego, wypadku przy pracy, wypadku komunikacyjnego przy pracy, zawału serca lub udaru mózgu będącego przyczyną hospitalizacji.
13. Nie będą miały zastosowania postanowienia ogólnych (szczególnych) warunków ubezpieczenia, innych wzorców umownych, które będą miały zastosowanie do umowy ubezpieczenia uzależniające wypłatę świadczenia z tytułu rekonwalescencji od minimalnej długości koniecznego pobytu na zwolnieniu lekarskim.
14. Wykonawca wypłaci jednorazowe świadczenie apteczne w wysokości 300 zł (niezależnie od Podgrupy, do której ubezpieczony należy), w przypadku gdy zostało przyznane świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu. Przeznaczenie środków uzyskanych przez ubezpieczonego z tytułu świadczenia aptecznego jest indywidualną decyzją ubezpieczonego.
15. Zakres terytorialny odpowiedzialności Wykonawcy obejmuje RP oraz co najmniej kraje Unii Europejskiej, Wielką Brytanię, Australię, Islandię, Japonię, Kanadę, Norwegię, Nową Zelandię, USA, Szwajcarię, Watykan.
16. Wykonawca wypłaci ubezpieczonemu świadczenie maksymalnie:
 - za 180 dni pobytu w szpitalu,
 - za 180 dni rekonwalescencji,
 - 3 razy – zwrot kosztu zakupu leków,w trakcie każdego 12-miesięcznego okresu ubezpieczenia.
17. Obowiązujący katalog wyłączeń odpowiedzialności w trakcie wykonywania umowy ubezpieczenia.
Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu:
 - a) w wyniku działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub czynnego udziału masowych rozruchach społecznych,
 - b) w wyniku uszkodzeń i następstw uszkodzeń ciała i chorób powstałych na skutek aktów terroru lub katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie promieniami jonizującymi lub skażenie chemiczne lub biologiczne
 - c) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - d) gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to konieczność hospitalizacji,
 - e) bezpośrednio w wyniku zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych bez względu na zastosowaną dawkę,
 - f) podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych prawem uprawnień, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,

- g) podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,
 - h) podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - i) w wyniku samookaleczenia, usiłowania popełnienia albo popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa,
 - j) w wyniku uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba, że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku,
 - k) w wyniku padaczki, z wyłączeniem padaczki objawowej będącej objawem innej choroby, oraz wszelkich zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień,
 - l) w wyniku chorób wynikających z obniżenia odporności organizmu w przebiegu zakażenia wirusem HIV,
 - m) w związku z leczeniem i zabiegami stomatologicznymi, chyba że wynikają one z konieczności leczenia obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - n) w związku z wykonywaniem badań lekarskich lub diagnostycznych nie wynikających z zachorowania, badań dawców narządów (z wyjątkiem pobytów pozostających w bezpośrednim związku z pobraniem narządu); obserwacji na wniosek sądu,
 - o) w wyniku leczenia niepłodności,
 - p) w wyniku operacji kosmetycznych lub plastycznych, w tym operacji zmiany płci, z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Wykonawcy,
 - q) w wyniku rehabilitacji z wyłączeniem pierwszego pobytu w szpitalu w celu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku lub choroby, jeżeli pobyt ten rozpoczął się nie później niż 180 dni po zakończeniu objęto odpowiedzialnością Wykonawcy pobytu ubezpieczonego w szpitalu, który był wynikiem tego samego nieszczęśliwego wypadku bądź choroby,
 - r) w wyniku uprawiania sportu w celach zarobkowych (profesjonalne uprawianie sportu) lub w wyniku rekreacyjnego uprawiania sportów walki, sportów motorowych i motorowodnych, sportów lotniczych, wspinaczki wysokogórskiej, speleologii, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, skoków na linie (ang. bungee jumping),
 - s) w hospicjach, placówkach leczenia odwykowego, placówkach dla przewlekle chorych, zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych,
 - t) w zakładach leczenia uzdrowiskowego, w szczególności w sanatoriach, prewentoriach i szpitalach uzdrowiskowych, sanatoryjnych oraz rehabilitacyjno- uzdrowiskowych,
 - u) ośrodkach rehabilitacyjnych, szpitalach rehabilitacyjnych, oddziałach rehabilitacyjnych, z wyjątkiem pierwszego pobytu w szpitalu w celu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, zgodnie z zapisami w pkt. C.16.16.q).
 - v) w oddziałach dziennych oraz innych niewymienionych z nazwy zakładach opieki zdrowotnej nieprzeznaczonych do udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego.
18. Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności z tytułu rekonwalescencji, jeżeli pobyt w szpitalu, bezpośrednio po którym następuje rekonwalescencja spowodowany był leczeniem niepłodności. Ponadto Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności z tytułu rekonwalescencji, jeżeli rekonwalescencja ma miejsce w okresie urlopu dla poratowania zdrowia albo urlopu zdrowotnego.
19. W przypadku pobytu w szpitalu lub pobytu na OIT / OIOM, który miał miejsce w trakcie rekonwalescencji, Wykonawca ponosi odpowiedzialność albo za pobyt w szpitalu i ewentualnie za pobyt na OIT / OIOM z tytułu niniejszego ubezpieczenia dodatkowego albo z tytułu rekonwalescencji, według wyboru ubezpieczonego. Wyboru ubezpieczony dokonuje poprzez złożenie odpowiedniego wniosku o wykonanie zobowiązania albo z tytułu pobytu w szpitalu i ewentualnie pobytu na OIT / OIOM albo z tytułu rekonwalescencji.
20. W przypadku, gdy w czasie jednego pobytu w szpitalu ubezpieczony będzie kilkakrotnie przebywał na OIOM/OIT należyne będzie świadczenie tylko za jeden pobyt na OIOM.
21. Świadczenie z tytułu pobytu na OIOM/OIT jest świadczeniem dodatkowym i w czasie pobytu na OIOM/OIT świadczenie dzienne za pobyt w szpitalu, o którym mowa w pkt. C.16.3. również będzie należyne.
22. Nie będą miały zastosowania postanowienia ogólnych (szczególnych) warunków ubezpieczenia, innych wzorców umownych, które będą miały zastosowanie do umowy ubezpieczenia, ograniczające

odpowiedzialność Wykonawcy ze względu na miejsce / kraj zajścia nieszczęśliwego wypadku, wypadku komunikacyjnego, wypadku przy pracy, wypadku komunikacyjnego przy pracy.

23. W przypadku pobytu w szpitalu dłuższego niż 14 dni, Ubezpieczony może zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego za okres pierwszych 14 dni przed końcem pobytu w szpitalu. Po zakończeniu pobytu w szpitalu Ubezpieczonemu zostanie wypłacona brakująca część świadczenia (świadczenie za pobyt w szpitalu od 15 dnia).

C.17. Zgon małżonka Ubezpieczonego

1. Obowiązujący katalog wyłączeń odpowiedzialności w trakcie wykonywania umowy ubezpieczenia.
Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności w razie zgonu współmałżonka wskutek działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru, czynnego udziału Ubezpieczonego w masowych rozruchach społecznych.
2. Nie będą miały zastosowania postanowienia ogólnych (szczególnych) warunków ubezpieczenia, innych wzorców umownych, które będą miały zastosowanie do umowy ubezpieczenia, ograniczające odpowiedzialność Wykonawcy w przypadku osiągnięcia przez współmałżonka lub partnera ubezpieczonego określonego wieku.

C.18. Zgon małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku

1. Obowiązujący katalog wyłączeń odpowiedzialności w trakcie wykonywania umowy ubezpieczenia.
Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za skutki nieszczęśliwych wypadków, które powstały:
 - a) w wyniku działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub czynnego udziału masowych rozruchach społecznych,
 - b) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez współmałżonka ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - c) gdy współmałżonek ubezpieczonego był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,
 - d) bezpośrednio w wyniku zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych bez względu na zastosowaną dawkę,
 - e) podczas prowadzenia przez małżonka ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych prawem uprawnień, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,
 - f) podczas prowadzenia przez małżonka ubezpieczonego pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,
 - g) podczas prowadzenia przez małżonka ubezpieczonego pojazdu pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - h) w wyniku samookaleczenia, usiłowania popełnienia albo popełnienia przez małżonka ubezpieczonego samobójstwa,
 - i) w wyniku uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba, że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku.
2. Nie będą miały zastosowania postanowienia ogólnych (szczególnych) warunków ubezpieczenia, innych wzorców umownych, które będą miały zastosowanie do umowy ubezpieczenia, ograniczające odpowiedzialność Wykonawcy w przypadku osiągnięcia przez współmałżonka lub partnera ubezpieczonego określonego wieku.
3. Nie będą miały zastosowania postanowienia ogólnych (szczególnych) warunków ubezpieczenia, innych wzorców, które będą miały zastosowanie do umowy ubezpieczenia, ograniczające odpowiedzialność Wykonawcy ze względu na miejsce / kraj zajścia nieszczęśliwego wypadku.
4. Nie będą miały zastosowania postanowienia ogólnych (szczególnych) warunków ubezpieczenia, innych wzorców umownych, które będą miały zastosowanie do umowy ubezpieczenia, ograniczające odpowiedzialność Wykonawcy ze względu na czas jaki może upłynąć od nieszczęśliwego wypadku do zgonu współmałżonka ubezpieczonego.

C.19. Śmierć dziecka Ubezpieczonego

1. Za **dziecko** ubezpieczonego rozumie się dziecko własne, przysposobione oraz pasierba Ubezpieczonego (jeżeli nie żyje ojciec lub matka) – pod warunkiem, że przyszło na świat żywe i nie ukończyło 25 roku życia.
2. Obowiązujący katalog wyłączeń odpowiedzialności w trakcie wykonywania umowy ubezpieczenia.
Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności w razie zgonu dziecka Ubezpieczonego wskutek działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru, czynnego udziału Ubezpieczonego w masowych rozruchach społecznych.

C.20. Śmierć dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku

1. Za **dziecko** ubezpieczonego rozumie się dziecko własne, przysposobione oraz pasierba Ubezpieczonego (jeżeli nie żyje ojciec lub matka) – pod warunkiem, że przyszło na świat żywe i nie ukończyło 25 roku życia.
2. Obowiązujący katalog wyłączeń odpowiedzialności w trakcie wykonywania umowy ubezpieczenia.
Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za skutki nieszczęśliwych wypadków, które powstały:
 - a) w wyniku działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub czynnego udziału masowych rozruchach społecznych,
 - b) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez dziecko ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - c) gdy dziecko ubezpieczonego był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,
 - d) bezpośrednio w wyniku zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych bez względu na zastosowaną dawkę,
 - e) podczas prowadzenia przez dziecko ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych prawem uprawnień, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,
 - f) podczas prowadzenia przez dziecko ubezpieczonego pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,
 - g) podczas prowadzenia przez dziecko ubezpieczonego pojazdu pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - h) w wyniku samookaleczenia, usiłowania popełnienia albo popełnienia przez dziecko ubezpieczonego samobójstwa,
 - i) w wyniku uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba, że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku.
3. Nie będą miały zastosowania postanowienia ogólnych (szczególnych) warunków ubezpieczenia, innych wzorców, które będą miały zastosowanie do umowy ubezpieczenia, ograniczające odpowiedzialność Wykonawcy ze względu na miejsce / kraj zajścia nieszczęśliwego wypadku.
4. Nie będą miały zastosowania postanowienia ogólnych (szczególnych) warunków ubezpieczenia, innych wzorców umownych, które będą miały zastosowanie do umowy ubezpieczenia, ograniczające odpowiedzialność Wykonawcy ze względu na czas jaki może upłynąć od nieszczęśliwego wypadku do zgonu dziecka ubezpieczonego.

C.21. Urodzenie dziecka ubezpieczonego

1. Za **urodzenie dziecka** rozumie się urodzenie żywego dziecka w okresie odpowiedzialności Wykonawcy, a także przysposobienie dziecka **do lat 5 bez względu na wiek dziecka przysposobionego**.
2. Za **przysposobienie dziecka** rozumie się przysposobienie dziecka zgodnie z przepisami kodeksu rodzinnego i opiekuńczego.
3. Potwierdzeniem urodzenia żywego dziecka jest odpis skrócony aktu urodzenia dziecka wydany zgodnie z dokumentacją medyczną, w rozumieniu przepisów dotyczących porodów i urodzeń.
4. Obowiązujący katalog wyłączeń odpowiedzialności w trakcie wykonywania umowy ubezpieczenia – brak wyłączeń odpowiedzialności.

C.22. Urodzenie martwego dziecka

1. Zgon noworodka – dziecko martwo urodzone - odpis skrócony aktu urodzenia dziecka z adnotacją, że dziecko urodziło się martwe, wydany zgodnie z dokumentacją medyczną, w rozumieniu przepisów dotyczących porodów i urodzeń,

2. Obowiązujący katalog wyłączeń odpowiedzialności w trakcie wykonywania umowy ubezpieczenia – brak wyłączeń odpowiedzialności.

C.23. Zgon rodzica ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka ubezpieczonego

1. Za **zgon rodzica ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka ubezpieczonego** rozumie się zgon:
 - a) rodzica ubezpieczonego,
 - b) zgon rodzica współmałżonka ubezpieczonego.
2. Za **rodzica ubezpieczonego** rozumie się naturalnego ojca lub naturalną matkę ubezpieczonego lub osobę, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia ubezpieczonego lub ojczyma lub macochę ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio naturalny ojciec lub naturalna matka, przy czym przez ojczyma i macochę rozumie się osobę, nie będącą biologicznym rodzicem ubezpieczonego, która w dniu zgonu pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio naturalną matką lub naturalnym ojcem ubezpieczonego lub wdowę/wdowca po naturalnej matce lub naturalnym ojcu ubezpieczonego, nie będącą biologicznym rodzicem ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
3. Za **rodzica współmałżonka ubezpieczonego** rozumie się naturalnego ojca lub naturalną matkę małżonka lub partnera ubezpieczonego lub osobę, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia małżonka lub partnera ubezpieczonego lub ojczyma lub macochę małżonka lub partnera ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio naturalny ojciec lub naturalna matka, przy czym przez ojczyma i macochę rozumie się osobę, nie będącą biologicznym rodzicem małżonka lub partnera ubezpieczonego, która w dniu zgonu pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio naturalną matką lub naturalnym ojcem małżonka lub partnera ubezpieczonego lub wdowę/wdowca po naturalnej matce lub naturalnym ojcu małżonka lub partnera ubezpieczonego nie będącą biologicznym rodzicem małżonka lub partnera ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński, z zastrzeżeniem zapisów C.23.7.
4. Obowiązujący katalog wyłączeń odpowiedzialności w trakcie wykonywania umowy ubezpieczenia. Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności w razie zgonu rodzica ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka ubezpieczonego wskutek działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru, czynnego udziału w masowych rozruchach społecznych.
5. Nie będą miały zastosowania postanowienia ogólnych (szczególnych) warunków ubezpieczenia, innych wzorców umownych, które będą miały zastosowanie do umowy ubezpieczenia, ograniczające odpowiedzialność Wykonawcy w przypadku osiągnięcia przez rodzica ubezpieczonego oraz rodzica współmałżonka ubezpieczonego określonego wieku.
6. Ubezpieczonemu przysługuje wypłata świadczenia za zgon każdego z rodziców oraz rodziców współmałżonka Ubezpieczonego w pełnej wysokości wskazanej w dokumentacji przetargowej, z zastrzeżeniem stosowanych wyłączeń odpowiedzialności.
7. Świadczenie z tytułu ryzyka zgonu rodzica ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka ubezpieczonego obejmuje również przypadki zgonu rodzica współmałżonka ubezpieczonego po zgonie współmałżonka ubezpieczonego, o ile zgon rodzica współmałżonka ubezpieczonego nastąpił w okresie odpowiedzialności Wykonawcy, a ubezpieczony do dnia następującego po dniu zgonu rodzica współmałżonka ubezpieczonego nie zawarł kolejnego związku małżeńskiego lub nie zgłosił do programu grupowego ubezpieczenia na życie nowego partnera życiowego.

C.24. Indywidualna kontynuacja ubezpieczenia

1. Dożywotnia gwarancja wysokości składki i świadczeń.
2. Minimalny zakres indywidualnej kontynuacji (świadczenia z uwzględnieniem kumulacji):

RYZYO	Świadczenie w procentach aktualnej sumy ubezpieczenia
Zgon Ubezpieczonego	100% sumy ubezpieczenia
Zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	200% sumy ubezpieczenia
Zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego	500% sumy ubezpieczenia
Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie za 1% uszczerbku)	4% sumy ubezpieczenia
Zgon współmałżonka	50% sumy ubezpieczenia
Zgon współmałżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku	250% sumy ubezpieczenia
Zgon rodzica, teścia Ubezpieczonego	20% sumy ubezpieczenia
Zgon dziecka	30% sumy ubezpieczenia
Urodzenie dziecka	10% sumy ubezpieczenia
Zgon noworodka	20% sumy ubezpieczenia
Osierocenie dziecka	40% sumy ubezpieczenia

3. Składka za 1 000 zł sumy ubezpieczenia stanowić będzie **7 zł 14%** składki zaoferowanej w ubezpieczeniu grupowym dla Podgrupy 1. Wysokość składki z tytułu ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego należy zaokrąglić w dół do drugiego miejsca po przecinku (do całkowitej liczby groszy).
4. W przypadku zaoferowania ochrony dla innych ryzyk niż wymienione w pkt. 2 powyżej, Wykonawca w ofercie przedstawi dla każdego z tych ryzyk wysokości świadczeń, jeśli nie wynikają one z innych postanowień ogólnych (szczególnych) warunków ubezpieczenia. Brak przedstawienia takich wysokości świadczeń oznacza jedynie brak ochrony dla pozostałych, nie wymaganych obligatoryjnie przez Zamawiającego ryzyk.
5. W przypadku zaoferowania wyższego poziomu świadczeń lub składki niższej niż wskazana, Wykonawca przedstawi w ofercie warunki ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego.
6. Rozszerzenie ochrony o dodatkowe ryzyka, przedstawienie wyższego poziomu świadczeń lub obniżenie wysokości składki w ubezpieczeniu indywidualnie kontynuowanym, nie wpływają na ocenę przedstawionej oferty. Kryteria oceny ofert zostały przedstawione w SIWZ.
7. Poprzez sumę ubezpieczenia rozumie się aktualną sumę ubezpieczenia w dniu zajścia zdarzenia, będącą podstawą ustalania wysokości świadczenia z określonego ryzyka ubezpieczeniowego.
8. Sumę ubezpieczenia określa sam ubezpieczony, dokonując w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia jej wyboru z przedziału od 10 000 do 12 000 zł, przy czym sumę ubezpieczenia określa się jako wielokrotność 1 000 zł.
9. Wysokość sumy ubezpieczenia wskazana jest w dokumencie ubezpieczenia.
10. Wysokość sumy ubezpieczenia może zostać obniżona lub podwyższona o kwoty dodatkowe, będące wielokrotnością 1 000 zł, w ramach przedziału określonego w pkt. 8.
11. Każda zmiana umowy ubezpieczenia stanowi zmianę umowy i będzie potwierdzona dokumentem ubezpieczenia.
12. W ubezpieczeniu indywidualnie kontynuowanym będą miały zastosowanie ogólne, szczególne warunki ubezpieczenia lub inne wzorce umowne stosowane w ubezpieczeniu grupowym dla poszczególnych ryzyk wskazanych w pkt. 2 powyżej, chyba że Wykonawca przedstawi w ofercie szczególne/ogólne warunki ubezpieczenia mające zastosowanie do ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego. Nie będą miały zastosowania zapisy regulujące kwestie ograniczeń wiekowych obowiązywania poszczególnych ryzyk funkcjonujących w indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia oraz zapisy ograniczające przystępowanie osób z orzeczoną niezdolnością do pracy, osób przebywających na zwolnieniach lekarskich, urlopach macierzyńskich oraz urlopach bezpłatnych.
13. Ubezpieczony uzyskuje prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia pod warunkiem bieżącego opłacania składek za okres 3 miesięcy poprzedzających moment ustania stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego pracownika z Zamawiającym. Ubezpieczony współmałżonek oraz pełnoletnie dziecko uzyskuje prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia pod warunkiem przystąpienia ubezpieczonego współmałżonka oraz pełnoletniego dziecka do ubezpieczenia oraz bieżącego opłacania składek za okres 3 miesięcy poprzedzających moment ustania stosunku prawnego z Zamawiającym łączącego ubezpieczonego pracownika opłacającego składkę z tytułu ubezpieczenia współmałżonka oraz pełnoletniego dziecka.
14. Wykonawca uzna staż Ubezpieczonego w dotychczasowych programach grupowego ubezpieczenia na życie dedykowanych pracownikom zamawiającego, niezbędny do nabycia uprawnień do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia, o ile zachowana została ciągłość ochrony.
15. Przystąpienie do ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego jest możliwe w przeciągu 3 pełnych miesięcy kalendarzowych od ustania stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego pracownika opłacającego składkę z Zamawiającym.
16. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do rezygnacji z uczestnictwa w indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie poprzez złożenie stosownego oświadczenia Wykonawcy. Ochrona ubezpieczeniowa kończy się z upływem ostatniego dnia kalendarzowego miesiąca, za który została przekazana ostatnia składka ubezpieczeniowa.

D. PODGRUPY UBEZPIECZENIA

W tabeli podana została skumulowana wysokość świadczeń

ZAKRES UBEZPIECZENIA	PODGRUPA 1	PODGRUPA 2	PODGRUPA 3	PODGRUPA 4
PAKIET OCHRONNY				
Śmierć ubezpieczonego	40 000 zł	60 000 zł	65 000 zł	72 500 zł
Śmierć ubezpieczonego spowodowana zawałem serca lub udarem mózgu	60 000 zł	90 000 zł	92 500 zł	110 000 zł
Śmierć ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	80 000 zł	120 000 zł	130 000 zł	150 000 zł
Śmierć ubezpieczonego spowodowana wypadkiem przy pracy	120 000 zł	180 000 zł	195 000 zł	225 000 zł
Śmierć ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym	120 000 zł	180 000 zł	195 000 zł	225 000 zł
Śmierć ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym w pracy	160 000 zł	240 000 zł	260 000 zł	300 000 zł
Osierocenie dziecka przez ubezpieczonego	5 000 zł	5 500 zł	5 500 zł	6 000 zł
PAKIET ZDROWOTNY				
Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – za 1% uszczerbku	500 zł	500 zł	500 zł	525 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku zawału udaru – za 1% uszczerbku	325 zł	450 zł	450 zł	525 zł
Trwała niezdolność do pracy	15 000 zł	15 000 zł	20 000 zł	20 000 zł
Poważne zachorowanie	6 000 zł	6 000 zł	7 000 zł	7 500 zł
Leczenie specjalistyczne	2 000 zł	2 500 zł	2 500 zł	2 500 zł
Operacje chirurgiczne (najwyższe możliwe świadczenie)	2 000 zł	2 500 zł	2 500 zł	2 500 zł
Leczenie szpitalne ubezpieczonego				
- pobyt w wyniku choroby (świadczenie dzienne od 1 do 14 dnia / powyżej 14 dni)	60,00 zł / 60,00 zł	60,00 zł / 60,00 zł	60,00 zł / 60,00 zł	70,00 zł / 70,00 zł
- pobyt w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie dzienne od 1 do 14 dnia / powyżej 14 dni)	210,00 zł / 60,00 zł	210,00 zł / 60,00 zł	210,00 zł / 60,00 zł	245,00 zł / 70,00 zł
- pobyt w wyniku wypadku przy pracy (świadczenie dzienne od 1 do 14 dnia / powyżej 14 dni)	270,00 zł / 60,00 zł	270,00 zł / 60,00 zł	270,00 zł / 60,00 zł	315,00 zł / 70,00 zł
- pobyt w wyniku wypadku komunikacyjnego (świadczenie dzienne od 1 do 14 dnia / powyżej 14 dni)	270,00 zł / 60,00 zł	270,00 zł / 60,00 zł	270,00 zł / 60,00 zł	315,00 zł / 70,00 zł
- pobyt w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy (świadczenie dzienne od 1 do 14 dnia / powyżej 14 dni)	330,00 zł / 60,00 zł	330,00 zł / 60,00 zł	330,00 zł / 60,00 zł	385,00 zł / 70,00 zł

- pobyt w wyniku zawału serca lub udaru mózgu (świadczenie dzienne od 1 do 14 dnia / powyżej 14 dni)	180,00 zł / 60,00 zł	180,00 zł / 60,00 zł	180,00 zł / 60,00 zł	210,00 zł / 70,00 zł
za dzień pobytu w związku z rehabilitacją	30,00 zł	30,00 zł	30,00 zł	35,00 zł
pobyt na OIOM/OIT (świadczenie jednorazowe)	600 zł	600 zł	600 zł	700 zł
Zwrot kosztów zakupu leków	300 zł	300 zł	300 zł	300 zł
PAKIET RODZINNY				
Śmierć małżonka ubezpieczonego	12 500 zł	15 000 zł	18 000 zł	21 000 zł
Śmierć małżonka ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	32 000 zł	30 000 zł	36 000 zł	39 000 zł
Poważne zachorowanie małżonka		3 000 zł	3 000 zł	3 500 zł
Śmierć dziecka ubezpieczonego	5 000 zł	5 000 zł	5 000 zł	5 000 zł
Śmierć dziecka ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	10 000 zł	10 000 zł	10 000 zł	10 000 zł
Urodzenie dziecka	500 zł	600 zł	2 100 zł	700 zł
Urodzenie martwego dziecka	2 000 zł	2 200 zł	4 000 zł	2 400 zł
Śmierć rodzica ubezpieczonego lub rodzica małżonka ubezpieczonego	2 200 zł	2 700 zł	1 900 zł	3 000 zł

E. KLAUZULE FAKULTATYWNE

E.1. Klauzula zniesienia karencji i możliwości stosowania zasady pre-existing dla wszystkich osób ubezpieczonych

Z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą, postanowień umowy ubezpieczenia, w tym określonych we wniosku i ogólnych (szczególnych) warunkach ubezpieczenia strony uzgodniły, że:

1. W wykonywaniu umowy ubezpieczenia nie będą miały zastosowania zapisy umożliwiające zastosowanie przez Wykonawcę karencji ujętych w punkcie B.1.4.
2. W wykonywaniu umowy ubezpieczenia nie będą miały zastosowania zapisy ujęte w punkcie B.2.2. oraz B.2.3. Zasada przejęcia odpowiedzialności opisana w punkcie B.2.1. będzie dotyczyć wszystkich osób ubezpieczonych w programie grupowego ubezpieczenia na życie będącym wynikiem niniejszego postępowania przetargowego, które przystąpią do ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od daty nabycia uprawnień.

E.2. Klauzula definicji niezdolności do pracy

Z zachowaniem pozostałych, nie zmienionych niniejszą klauzulą, postanowień umowy ubezpieczenia, w tym określonych we wniosku i ogólnych (szczególnych) warunkach ubezpieczenia strony uzgodniły, że:

Za **trwałą niezdolność do pracy** uważa się trwałą i całkowitą niezdolność do wykonywania pracy zarobkowej w zawodzie wyuczonym lub wykonywanym bezpośrednio przed zajściem nieszczęśliwego wypadku lub pogorszeniem stanu zdrowia skutkującym brakiem możliwości wykonywania pracy lub samodzielnej egzystencji. Orzeczenie niezdolności do pracy musi mieć miejsce w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.

E.3. Klauzula zniesienia ograniczeń wiekowych dla ryzyka trwałej niezdolności do pracy

Z zachowaniem pozostałych, nie zmienionych niniejszą klauzulą, postanowień umowy ubezpieczenia, w tym określonych we wniosku i ogólnych (szczególnych) warunkach ubezpieczenia strony uzgodniły, że:

W zakresie ryzyka trwałej niezdolności do pracy nie będzie miało zastosowania ograniczenie odpowiedzialności ubezpieczyciela ze względu na wiek osoby ubezpieczonej.

E.4. Klauzula otwartego katalogu operacji chirurgicznych

Z zachowaniem pozostałych, nie zmienionych niniejszą klauzulą, postanowień umowy ubezpieczenia, w tym określonych we wniosku i ogólnych (szczególnych) warunkach ubezpieczenia strony uzgodniły, że:

1. W wykonywaniu ubezpieczenia z tytułu Operacji chirurgicznych Ubezpieczonego Wykonawca wypłaca świadczenie po wykonaniu operacji chirurgicznej, zgodnie z klasyfikacją katalogu operacji chirurgicznych ujętego w ust. 2.
2. Obowiązujący katalog operacji chirurgicznych

I. Zabiegi operacyjne na układzie nerwowym		
1.	Nacięcie i wycięcie w obszarze czaszki, mózgu i opon mózgowych	I klasa
2.	Inne zabiegi operacyjne na czaszce, mózgu i oponach mózgowych	I klasa
3.	Zabiegi operacyjne na rdzeniu kręgowym i strukturach kanału kręgowego	II klasa
4.	Zabiegi operacyjne na nerwach czaszkowych i obwodowych	II klasa
5.	Zabiegi operacyjne na nerwach sympatycznych lub zwojach nerwowych	II klasa
II. Zabiegi operacyjne w zakresie układu wydzielania wewnętrznego		
1.	Zabiegi operacyjne tarczycy i przytarczyc	II klasa
2.	Zabiegi operacyjne w zakresie innych gruczołów dokrewnych	I klasa
III. Zabiegi operacyjne w zakresie oka		
1.	Zabiegi operacyjne w zakresie powiek, z wyjątkiem zabiegu operacyjnego rekonstrukcji powiek	III klasa
2.	Zabieg operacyjny rekonstrukcji powiek	II klasa
3.	Zabiegi operacyjne w zakresie układu łzowego	III klasa
4.	Zabiegi operacyjne w zakresie spojówki	III klasa
5.	Zabiegi operacyjne w zakresie rogówki	III klasa
6.	Zabiegi operacyjne w zakresie tęczówki, ciała rzęskowego, twardówki i komory przedniej oka	II klasa
7.	Zabiegi operacyjne w zakresie soczewki	II klasa
8.	Zabiegi operacyjne w zakresie siatkówki, naczyniówki, ciała szklistego i tylnej komory oka	II klasa
9.	Zabiegi operacyjne w zakresie mięśni okoruchowych	III klasa
10.	Zabiegi operacyjne w zakresie gałek ocznych	II klasa

IV. Zabiegi operacyjne w zakresie ucha		
1.	Zabiegi operacyjne w zakresie ucha zewnętrznego	III klasa
2.	Zabiegi rekonstrukcyjne i inne zabiegi operacyjne w zakresie ucha środkowego	II klasa
3.	Inne zabiegi operacyjne w zakresie ucha środkowego	II klasa
4.	Zabiegi operacyjne w zakresie ucha wewnętrznego	I klasa
V. Zabiegi operacyjne w zakresie nosa, jamy ustnej i gardła		
1.	Zabiegi operacyjne w zakresie nosa, jamy ustnej i gardła	III klasa
2.	Zabiegi operacyjne w zakresie zatok obocznych nosa, z wyjątkiem punkcji	II klasa
3.	Zabiegi operacyjne w zakresie ślinianek i przewodów ślinowych	II klasa
VI. Zabiegi operacyjne w zakresie układu oddechowego		
1.	Zabiegi operacyjne w zakresie układu oddechowego, z wyjątkiem zabiegów operacyjnych w zakresie krtani i tchawicy	I klasa
2.	Zabiegi operacyjne w zakresie krtani i tchawicy, z wykluczeniem tracheotomii	II klasa
VII. Zabiegi operacyjne na układzie sercowo-naczyniowym		
1.	Zabiegi operacyjne na układzie sercowo-naczyniowym, z wyjątkiem zabiegów operacyjnych podwiązania i wycięcia: żyłaków oraz zabiegowego leczenia tętniaków pourazowych, naczyniaków, przetok tętniczożylnych	I klasa
2.	Zabiegi operacyjne podwiązania i wycięcia żyłaków	III klasa
3.	Zabiegowe leczenie tętniaków pourazowych, naczyniaków, przetok tętniczożylnych	II klasa
VIII. Zabiegi operacyjne w zakresie układu krwiotwórczego i limfatycznego		
1.	Zabiegi operacyjne w zakresie układu krwiotwórczego i limfatycznego, z wykluczeniem biopsji szpiku	III klasa
2.	Zabiegi operacyjne rekonstrukcyjne układu limfatycznego	II klasa
IX. Operacje w zakresie układu trawiennego		
1.	Zabiegi operacyjne w zakresie układu trawiennego, z wyjątkiem zabiegów operacyjnych na wyrostku robaczkowym, zabiegów operacyjnych odbytu oraz zabiegów operacyjnych naprawczych przepukliny	II klasa
2.	Zabiegi operacyjne na wyrostku robaczkowym	III klasa
3.	Zabiegi operacyjne odbytu	III klasa
4.	Zabiegi operacyjne naprawcze przepuklin	III klasa
X. Operacje w zakresie układu moczowego		
1.	Zabiegi operacyjne nerki	II klasa
2.	Zabiegi operacyjne moczowodu	II klasa
3.	Zabiegi operacyjne cewki moczowej z wyłączeniem zwężania ujścia zewnętrznego cewki moczowej	II klasa
4.	Zabiegi operacyjne stulejki i zwężenia ujścia zewnętrznego cewki moczowej	III klasa
5.	Zabiegi operacyjne odtwórcze pęcherza moczowego	I klasa
6.	Inne zabiegi operacyjne w obrębie układu moczowego	III klasa
XI. Zabiegi operacyjne i operacje męskich narządów płciowych		
1.	Zabiegi operacyjne i operacje męskich narządów płciowych	III klasa
2.	Zabiegi operacyjne spodziectwa	II klasa
XII. Zabiegi operacyjne i operacje ginekologiczne		
1.	Zabiegi operacyjne żeńskich narządów płciowych	III klasa
2.	Zabiegi operacyjne dotyczące macicy z naruszeniem ciągłości pełnej grubości ściany trzonu macicy	II klasa
3.	Zabieg operacyjny całkowitego wycięcia macicy	II klasa
4.	Zabieg operacyjny całkowitego wycięcia macicy z przydatkami	I klasa
XIII. Zabiegi położnicze		

1.	Zabiegi położnicze	III klasa
XIV. Zabiegi operacyjne w zakresie układu kostnowastawowego i zabiegi operacyjne na więzadłach		
1.	Zabiegi operacyjne w zakresie układu kostno-stawowego i zabiegi na więzadłach	II klasa
2.	Zabiegi operacyjne w zakresie kręgosłupa z wyłączeniem zabiegów operacyjnych krążka międzykręgowego	II klasa
3.	Zabiegi operacyjne krążka międzykręgowego z naruszeniem ciągłości łuku kręgu	II klasa
4.	Zabiegi operacyjne wyłącznie na tkankach miękkich poza więzadłami	III klasa
5.	Zabiegi operacyjne w zakresie układu kostno-stawowego i więzadeł dłoni i stóp	III klasa
XV. Zabiegi operacyjne na powłokach ciała		
1.	Zabiegi operacyjne na powłokach ciała, z wyłączeniem zabiegów w zakresie skóry i tkanki podskórnej	III klasa
2.	Mastektomia totalna	II klasa

3. Wysokość świadczenia z tytułu operacji chirurgicznych Ubezpieczonego wynosi:
- dla operacji sklasyfikowanych w katalogu operacji chirurgicznych ujętym w ust. 2. jako I klasa – 100% świadczenia wskazanego dla operacji chirurgicznych w tabelach dla poszczególnych podgrup ubezpieczenia, znajdujących się w części D. niniejszego dokumentu,
 - dla operacji sklasyfikowanych w katalogu operacji chirurgicznych ujętym w ust. 2. jako II klasa – 60% świadczenia wskazanego dla operacji chirurgicznych w tabelach dla poszczególnych podgrup ubezpieczenia, znajdujących się w części D. niniejszego dokumentu,
 - dla operacji sklasyfikowanych w katalogu operacji chirurgicznych ujętym w ust. 2. jako III klasa – 20% świadczenia wskazanego dla operacji chirurgicznych w tabelach dla poszczególnych podgrup ubezpieczenia, znajdujących się w części D. niniejszego dokumentu.
4. W przypadku akceptacji niniejszej klauzuli, zapisy punktów C.15.3.- C.15.5. nie mają zastosowania.

E.5. Klauzula zniesienia limitów operacji chirurgicznych

Z zachowaniem pozostałych, nie zmienionych niniejszą klauzulą, postanowień umowy ubezpieczenia, w tym określonych we wniosku i ogólnych (szczególnych) warunkach ubezpieczenia strony uzgodniły, że:
W wykonywaniu umowy ubezpieczenia nie będą miały zastosowania limity, o których mowa w punktach C.15.9-C.15.10.

E.6. Klauzula rozszerzenia terytorialnego dla ryzyka operacji chirurgicznych

Z zachowaniem pozostałych, nie zmienionych niniejszą klauzulą, postanowień umowy ubezpieczenia, w tym określonych we wniosku i ogólnych (szczególnych) warunkach ubezpieczenia strony uzgodniły, że:
Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie za operację chirurgiczną niezależnie od miejsca jej przeprowadzenia (zakres terytorialny – cały świat).

E.7. Klauzula odpowiedzialności za sporty

Z zachowaniem pozostałych, nie zmienionych niniejszą klauzulą, postanowień umowy ubezpieczenia, w tym określonych we wniosku i ogólnych (szczególnych) warunkach ubezpieczenia strony uzgodniły, że:
Dla ryzyka leczenia szpitalnego oraz operacji chirurgicznej ubezpieczonego nie będzie miał zastosowania zapis ograniczający odpowiedzialność ubezpieczyciela, jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego dojdzie w wyniku uprawiania sportu w celach zarobkowych (profesjonalne uprawianie sportu) lub w wyniku rekreacyjnego uprawiania sportów walki, sportów motorowych i motorowodnych, sportów lotniczych, wspinaczki wysokogórskiej, speleologii, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, skoków na linie (ang. bungee jumping).

E.8. Klauzula rozszerzenia definicji szpitala o szpitale uzdrowiskowe i rehabilitacyjne

Z zachowaniem pozostałych, nie zmienionych niniejszą klauzulą, postanowień umowy ubezpieczenia, w tym określonych we wniosku i ogólnych (szczególnych) warunkach ubezpieczenia strony uzgodniły, że:
Ubezpieczyciel uzna za pobyt w szpitalu również pobyt w szpitalu uzdrowiskowym lub rehabilitacyjnym pod warunkiem, że pobyt ten miał charakter całodobowy, a w jego czasie prowadzony było leczenie farmakologiczne lub przeprowadzane były inne zabiegi lecznicze.

E.9. Klauzula skrócenia wymaganego do wypłaty świadczenia pobytu na OIOM /OIT.

Z zachowaniem pozostałych, nie zmienionych niniejszą klauzulą, postanowień umowy ubezpieczenia, w tym określonych we wniosku i ogólnych (szczególnych) warunkach ubezpieczenia strony uzgodniły, że:

Za **pobyt na OIT / OIOM** uważa się trwający nieprzerwanie co najmniej 24 godzin pobyt na OIT / OIOM w trakcie pobytu w szpitalu.

E.10. Klauzula rozszerzenia definicji OIT/OIOM.

Z zachowaniem pozostałych, nie zmienionych niniejszą klauzulą, postanowień umowy ubezpieczenia, w tym określonych we wniosku i ogólnych (szczególnych) warunkach ubezpieczenia strony uzgodniły, że:

Za **OIT (Oddział Intensywnej Terapii) / OIOM (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej)** uważa się również salę intensywnej opieki medycznej, tj. salę wydzieloną w oddziale szpitalnym, przeznaczoną dla pacjentów pod opieką specjalistów intensywnej terapii i anestezjologii, wyposażoną w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych, w której odbywa się leczenie ciężkich stanów niewydolności najważniejszych organów i układów organizmu oraz ciężkich stanów pooperacyjnych lub odpowiednik takiej sali działający zgodnie z prawem państwa, na terytorium którego się znajduje; za salę intensywnej opieki medycznej uważa się również salę intensywnej terapii oraz salę intensywnego nadzoru medycznego.

E.11. Klauzula kosztów tłumaczenia dokumentacji medycznej

Z zachowaniem pozostałych, nie zmienionych niniejszą klauzulą, postanowień umowy ubezpieczenia, w tym określonych we wniosku i ogólnych (szczególnych) warunkach ubezpieczenia strony uzgodniły, że:

Ubezpieczyciel poniesie koszty tłumaczenia dokumentacji medycznej złożonej przez Ubezpieczonego w celu uzyskania świadczenia. Ubezpieczyciel nie pomniejszy należnego świadczenia o koszt wykonanego tłumaczenia.

E.12. Klauzula zniesienia ograniczeń wiekowych w definicji dziecka

Z zachowaniem pozostałych, nie zmienionych niniejszą klauzulą, postanowień umowy ubezpieczenia, w tym określonych we wniosku i ogólnych (szczególnych) warunkach ubezpieczenia strony uzgodniły, że:

W zakresie ryzyk śmierci dziecka oraz osierocenia dziecka nie będzie miało zastosowania ograniczenie odpowiedzialności ubezpieczyciela ze względu na wiek dziecka.

E.13. Klauzula indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na warunkach grupy

Z zachowaniem pozostałych, nie zmienionych niniejszą klauzulą, postanowień umowy ubezpieczenia, w tym określonych we wniosku i ogólnych (szczególnych) warunkach ubezpieczenia strony uzgodniły, że:

1. W okresie pierwszych 12 miesięcy trwania umowy ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego przez danego ubezpieczonego spełniającego warunki wskazane w pkt. C.24. ubezpieczenie to będzie świadczone na takich samych warunkach jak ubezpieczenie grupowe (m.in. wysokości świadczeń i składki, zakres ochrony ubezpieczeniowej).
2. Po zakończeniu 12-miesięcznego okresu, o którym mowa w ust. 1, Ubezpieczenie indywidualnie kontynuowane będzie biegło dalej automatycznie (bez konieczności składania przez Ubezpieczonego dodatkowego oświadczenia woli) zgodnie z warunkami określonymi w ofercie Wykonawcy, z zachowaniem zasad opisanych w pkt. C.24. Wykonawca poinformuje indywidualnie kontynuującego o warunkach ubezpieczenia.

E.14. Klauzula indywidualnej kontynuacji na warunkach grupy przez okres od 13 do 24 miesięcy (zaakceptowanie niniejszej klauzuli oznacza automatyczną akceptację klauzuli E.13.)

Z zachowaniem pozostałych, nie zmienionych niniejszą klauzulą, postanowień umowy ubezpieczenia, w tym określonych we wniosku i ogólnych (szczególnych) warunkach ubezpieczenia strony uzgodniły, że:

W okresie od trzynastego miesiąca do końca dwudziestego czwartego miesiąca indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia każdej z osób przystępujących do ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego, którego warunki wskazano w punkcie C.24. niniejszego załącznika, Ubezpieczyciel będzie świadczyć ochronę na warunkach ubezpieczenia grupowego. Po upływie dwudziestu czterech miesięcy trwania ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego warunki zostaną zmienione automatycznie na warunki wskazane w punkcie C.24. niniejszego załącznika.

Zaakceptowanie niniejszej klauzuli E.14. oznacza automatyczną akceptację klauzuli E.13. (Klauzula indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na warunkach grupy), nawet jeśli nie zostało to zaznaczone przez Wykonawcę w Formularzu oferty – Wykonawca otrzyma należne punkty zarówno za akceptację klauzuli E.14. jak również za akceptację klauzuli E.13. Obie klauzule będą funkcjonowały w ramach zawartej umowy.

E.15. Klauzula przeniesienia uprawnień do otrzymania świadczenia

Z zachowaniem pozostałych, nie zmienionych niniejszą klauzulą, postanowień umowy ubezpieczenia, w tym określonych we wniosku i ogólnych (szczególnych) warunkach ubezpieczenia strony uzgodniły, że:

Jeżeli ubezpieczony uzyska uprawnienie do wypłaty świadczenia, natomiast zgon ubezpieczonego nastąpi przed zgłoszeniem do ubezpieczyciela wniosku o jego wypłatę, prawo do zgłoszenia roszczenia, a tym samym do otrzymania świadczenia przechodzi na spadkobierców ubezpieczonego.