

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA ZADANIE V (treść po modyfikacji)

- 1.1. Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług w zakresie grupowego ubezpieczenia na życie dla pracowników Przedsiębiorstwa Gospodarki Mieszkaniowej Żyrardów Sp. z o.o. oraz członków ich rodzin – współmałżonka/konkubenta/konkubiny i pełnoletnich dzieci.
- 1.2 Wykonawca akceptuje jako wystarczające do ubezpieczenia pracowników oraz członków ich rodzin podane przez Zamawiającego dane dotyczące struktury zatrudnienia pracowników
- 1.3. Fakt posiadania już ubezpieczenia w innym programie ubezpieczeniowym nie może być powodem odmowy przyjęcia do ubezpieczenia.
- 1.4. Zamawiający nie gwarantuje przystąpienia pracowników zarówno w ujęciu ilościowym jak i procentowym. Minimalny limit osób przystępujących do ubezpieczenia zostaje zniesiony przez Wykonawcę, z uwagi na fakt, że jest to ubezpieczenie dobrowolne. Jednak w przypadku przystąpienia do ubezpieczenia mniej niż 20% pracowników zatrudnionych u zamawiającego na dzień zawarcia umowy, stronom umowy przysługuje uprawnienie do wniesienia żądania rozwiązania umowy w trybie porozumienia stron
- 1.5.Brak karencji dla pracowników i członków ich rodzin przystępujących do ubezpieczenia w ciągu pierwszego miesiąca od:
 - zawarcia umowy ubezpieczeniowej przez Zamawiającego
 - dnia zatrudnienia nowego pracownika
- 1.6. Możliwość przystąpienia do ubezpieczenia pracowników i członków ich rodzin minimum do 65 roku życia
- 1.7.Pełen zakres ochrony minimum do 69 roku życia z możliwością wydłużenia pełnej ochrony dla osób przekraczających ten wiek, a nadal zatrudnionych.
- 1.8. Pracownicy oraz członkowie ich rodzin nie wypełniają ankiet medycznych.
- 1.9. Wykonawca gwarantuje ubezpieczonym indywidualną kontynuację do końca życia bez względu na wiek i stan zdrowia, nie warunkując jej istnieniem zamawianego lub innego programu ubezpieczenia dla PGM Żyrardów Sp. z o.o. oraz liczebnością grupy.
- 1.10. Zakres ubezpieczenia i składka ustalane są jednakowo dla wszystkich ubezpieczonych (oraz członków ich rodzin – współmałżonków/partnerów życiowych i pełnoletnich dzieci) przechodzących na indywidualną kontynuację i pozostają przez wszystkie lata trwania umowy indywidualnej kontynuacji. Zamawiający oczekuje wskazania wysokości składki dla ubezpieczonego przechodzącego na indywidualną kontynuację, która będzie mieć zastosowanie dla każdego ubezpieczonego. **Prosimy o złączenie tabeli ze wskazanym zakresem ubezpieczenia oraz wysokością składki, która będzie mieć zastosowanie dla osób przechodzących na indywidualną kontynuację.**
- 1.11.Możliwość indywidualnej kontynuacji już po jednym miesiącu ubezpieczenia dla osób, które uczestniczyły w dotychczas istniejącym programie ubezpieczenia. Dla pozostałych osób możliwość przejścia na indywidualną kontynuację po 6 miesiącach ubezpieczenia w grupie.
- 1.12. Wykonawca obliczając wymagany czas ubezpieczenia potrzebny do indywidualnej kontynuacji zaliczy pracownikom okres uczestnictwa w aktualnie istniejącym programie ubezpieczeniowym.

Uwaga! Oferty, w których nie będą uwzględnione wszystkie powyższe założenia będą podlegać odrzuceniu !

II. Minimalne, obligatoryjne wymagania dotyczące zdefiniowania poszczególnych świadczeń ubezpieczenia:

2.1. 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.

2.2. Wypadek komunikacyjny - wywołany ruchem pojazdów nieszczęśliwy wypadek na drodze, w którym ubezpieczony brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca, z tym, że „pojazd”, „droga”, „uczestnik ruchu”, i „kierowca” rozumiane są zgodnie ze znaczeniem nadanym przez obowiązujące przepisy prawa o ruchu drogowym.

2.3. Trwały uszczerbek na zdrowiu – każde uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji.

2.4. Rodzice – Ojciec, matka lub ojczym, macocha, jeśli nie żyje ojciec lub matka. Dotyczy ubezpieczonego. Brak ilościowego ograniczenia świadczeń.

2.5. Teściowie - Ojciec, matka lub ojczym, macocha, jeśli nie żyje ojciec lub matka. Dotyczy małżonka ubezpieczonego z ostatniego związku małżeńskiego. Nie ma znaczenia czy żyje współmałżonek. Brak ilościowego ograniczenia świadczeń.

2.6. Macocha – aktualna żona ojca ubezpieczonego lub małżonka, nie będąca biologiczną matką ubezpieczonego lub małżonka oraz wdowa po ojcu ubezpieczonego lub małżonka, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński.

2.7. Ojczym – aktualny mąż matki ubezpieczonego lub małżonka, nie będący biologicznym ojcem ubezpieczonego lub małżonka, oraz wdowiec po matce ubezpieczonego lub małżonka, nie będący biologicznym ojcem ubezpieczonego lub małżonka, o ile nie wstąpi ponownie w związek małżeński

2.8. Małżonek – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Za małżonka uważa się również konkubenta, konkubinę (bez względu na płeć), czyli wskazaną w deklaracji przystąpienia pracownika osobą nie będącą w formalnym związku małżeńskim, pozostającą z Ubezpieczonym - również nie będącym w formalnym związku małżeńskim - we wspólnym pożyciu; partner życiowy nie może być spokrewniony z Ubezpieczonym. Brak ilościowego ograniczenia świadczeń.

2.9. Śmierć dziecka – dotyczy dziecka ubezpieczonego (własne, a także przysposobione lub pasierb – jeżeli nie żyje ojciec lub matka). Brak ilościowego ograniczenia świadczeń.

2.11. Osierocenie dziecka – dotyczy każdego dziecka ubezpieczonego (własnego, a także przysposobionego lub pasierba – jeżeli nie żyje ojciec lub matka) w wieku do 18 lat, a w przypadku uczęszczania do szkoły w wieku do 25 lat lub bez względu na wiek w razie jego całkowitej niezdolności do pracy. Brak ilościowego ograniczenia świadczeń.

Omawiane świadczenie jest wypłacane niezależnie od wypłaty za zgon Ubezpieczonego nawet wtedy kiedy dziecko jest uprawnione do świadczenia.

2.12. Uczęszczanie do szkoły – kształcenie się w publicznej lub niepublicznej szkole oraz państwowej lub niepaństwowej szkole wyższej, w trybie dziennym, wieczorowym lub zaocznym, w rozumieniu przepisów o oświacie i szkolnictwie wyższym, z wyłączeniem wszelkich kursów oraz kształcenia korespondencyjnego.

2.13. Urodzenie dziecka – płatne za każde urodzone dziecko (bez ograniczenia ilościowego świadczeń). Świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu, bez względu na to czy jest ojcem czy matką.

2.14. Urodzenie martwego dziecka - noworodek martwo urodzony-podlegający rejestracji w USC. Świadczenie przysługuje ubezpieczonemu bez względu na to czy jest matką czy ojcem. Brak ilościowego ograniczenia świadczeń.

2.15. Zawał serca - martwica fragmentu mięśnia sercowego spowodowana nagłym zmniejszeniem dopływu krwi do tej części mięśnia sercowego.

2.16. Krwotok śródmózgowy – wynaczynienie krwi do tkanki mózgowej

2.17. Poważne zachorowania ubezpieczonego , w tym minimum: anemia plastyczna, białowiec mózgu , chirurgiczne leczenie naczyń wieńcowych – by pass, choroba Creutzfelda – Jakoba, masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie, niewydolność nerek, nowotwór złośliwy, odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu, ropień mózgu, sepsa, tężec, udar, wścieklizna, zakażenie wirusem HIV o którym mowa w par. 3 pkt. 32, zakażenie wirusem HIV o którym mowa w par. 3 pkt. 33, zawał serca , zgorzel gazowa

2.17. Poważne zachorowania małżonka ubezpieczonego , w tym minimum: anemia plastyczna, białowiec mózgu , chirurgiczne leczenie naczyń wieńcowych – by pass, choroba Creutzfelda – Jakoba, masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie, niewydolność nerek, nowotwór złośliwy, odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu, ropień mózgu, sepsa, tężec, udar, wścieklizna, zakażenie wirusem HIV o którym mowa w par. 3 pkt. 32,

zakażenie wirusem HIV o którym mowa w par. 3 pkt. 33, zawał serca , zgorzel gazowa

2.18. Leczenie szpitalne - Leczenie w publicznych i niepublicznych zakładach lecznictwa udzielających świadczeń zdrowotnych w formie leczenia stacjonarnego. Wykonawca obejmuje ochroną każde leczenie szpitalne, które ma miejsce w okresie odpowiedzialności, niezależnie od tego czy powód leczenia zaistniał w okresie odpowiedzialności czy przed jego rozpoczęciem.

Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie, gdy pobyt w szpitalu trwa nieprzerwanie powyżej 3 dni.

Jeżeli OWU nie wprowadzają korzystniejszych zapisów Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie maksymalnie za 90 dni w roku.

2.19. Pobyt na Oddziale Intensywnej Terapii – trwający nieprzerwanie minimum 48 godzin pobyt na OIT w trakcie pobytu w szpitalu.

2.20. Operacja chirurgiczna – zabieg chirurgiczny, wykonany w placówce medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, 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 urazu, w tym operacje metodami: endoskopową, otwartą, zamkniętą. Świadczenie jest wypłacane bez względu na czas pobytu w szpitalu. Katalog minimum 500 operacji medycznych.

2.21. Pobyt na Oddziale Intensywnej Terapii – trwający nieprzerwanie minimum 48 godzin pobyt na OIT w trakcie pobytu w szpitalu.

2.22. Rekonwalescencja – trwający nieprzerwanie maksymalnie 30 dni pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym przez szpital, po minimum 14 dniowym pobycie w szpitalu

2.23 . Członkowie rodziny, którzy mogą przystąpić do ubezpieczenia: współmałżonek/konkubent/konkubina i pełnoletnie dzieci

Określenie w/w zakresu służy jedynie do opisanie niektórych przyczyn szkód objętych ochroną, nie służy natomiast do ograniczenia lub zawężenia ochrony jedynie do zdarzeń powyżej wymienionych, jeżeli warunki ogólne ubezpieczyciela przewidują korzystniejszy i szerszy zakres.

Uwaga. Jeżeli zapisy w OWU załączonych do oferty zawierają zapisy mniej korzystne od zapisów zawartych w opisie przedmiotu zamówienia zastosowanie mają zapisy zawarte w opisie przedmiotu zamówienia

III. Zakres ubezpieczenia:

Tabela nr 1

L.P.	Rodzaj świadczenia	Wysokość świadczenia w PLN
1	Z tytułu zgonu ubezpieczonego (zgonu naturalnego w skutek choroby)	30 000
2	Z tytułu nieszczęśliwego wypadku powodującego zgon ubezpieczonego	50 000
3	Śmierć spowodowana wypadkiem przy pracy	70 000
4	Śmierć spowodowana wypadkiem komunikacyjnym	70 000
5	Śmierć spowodowana wypadkiem komunikacyjnym przy pracy	88 000
6	Trwały uszczerbek na zdrowiu - za 1 % trwałego uszczerbku - za 100 % trwałego uszczerbku	320 32 000
7	Z tytułu zgonu małżonka, konkubenta/konkubiny	10 000
8	Z tytułu zgonu dziecka	3 000
9	Z tytułu zgonu noworodka martwo urodzonego	2 000
10	Z tytułu zgonu rodziców ubezpieczonego	2 000
11	Z tytułu zgonu rodziców małżonka	2 000
12	Urodzenie się dziecka ubezpieczonemu	1000
13	Z tytułu zgonu ubezpieczonego(naturalnego lub w skutek NW) Jednorazowe świadczenie dla każdego dziecka ubezpieczonego (własnego lub przysposobionego lub pasierba – jeżeli nie żyje ojciec lub matka) w wieku do 18 lat, a w razie uczęszczania do szkoły do 25 lat lub bez względu na wiek w razie ich trwałej niezdolności do pracy , uniemożliwiającej rozpoczęcie pracy zarobkowej	4000
14	Z tytułu zgonu ubezpieczonego w skutek zawału serca lub krwotoku śródmózgowego	50 000
15	Z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania	5 000
16	Z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania u małżonka	5 000
17	Z tytułu leczenia szpitalnego	
	• do 14 dnia - za każdy dzień w skutek NW	100
	• powyżej 14 dnia - za każdy dzień w skutek NW	50
	• do 14 dnia za pobyt nie spowodowany NW (jakiegokolwiek pobyt w szpitalu)	50
	• powyżej 14 dnia za pobyt nie spowodowany NW (jakiegokolwiek pobyt w szpitalu)	50
	• Świadczenie za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym	150
	• Świadczenie za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem przy pracy	150
	• Świadczenie za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym	100
18	Niezdolność ubezpieczonego do pracy i samodzielnej egzystencji	10 000
19	Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu na OIT	500
20	Świadczenie za dzień rekonwalescencji	30
21	Operacje chirurgiczne	1500/900/300
22	Gwarancja dożywotniej indywidualnej kontynuacji *
23	Wysokość składki łącznej za jednego ubezpieczonegoPLN

Zamawiający podał skumulowane wartości świadczeń.

Składka nie może być wyższa niż 50 zł

W tabeli został podany minimalny oczekiwany zakres ubezpieczenia:

- Zamawiający dopuszcza rozszerzenie zakresu ochrony w ramach oczekiwanej składki.

- Proszę o wyraźne wskazanie odstępstw od zapisów OWU , które będą miały zastosowanie w związku z akceptacją zapisów SIWZ (załącznik nr 26).

Treść klauzul fakultatywnych:

1. Prewencyjna

Ubezpieczający gwarantuje wypłatę środków na działania prewencyjne w wysokości 10% składki rocznej (wyliczonej w oparciu o średnią miesięczną składkę z I kwartału każdego rocznego okresu ubezpieczenia) przy założeniu, że cel prewencyjny, na który zostaną przekazane środki zostanie uzgodniony z Ubezpieczycielem a wszystkie czynności, które zostaną podjęte w związku z przyznaniem środków zrealizowane zostaną w oparciu o wzajemne uzgodnienia w dniu podpisania umowy prewencyjnej. Fundusz zostanie przekazany w II kwartale każdego rocznego okresu. „Zamawiający przedstawi Wykonawcy kserokopie faktur lub rachunków potwierdzające zrealizowane zadanie prewencyjne – potwierdzone za zgodność z oryginałem.

2. Elektronicznego systemu wsparcia obsługi technicznej

Ubezpieczający Gwarantuje Zamawiającemu wprowadzenie elektronicznego systemu wsparcia sprzedaży. Jednocześnie gwarantuje, że zgłosi Bazę Danych do rejestracji Generalnemu Inspektorowi Danych Osobowych oraz spełnia pozostałe warunki legalności przetwarzania danych osobowych, przewidziane ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.), zwanej dalej „Ustawą”.

3. Brak komisji lekarskich

Brak komisji lekarskich przypadku orzekania stopnia uszczerbku na zdrowiu – decyzja o stopniu uszczerbku na zdrowiu wydawana jest tylko na podstawie przekazanej dokumentacji.

4. Zgon dziecka

Zgon dziecka Ubezpieczonego bez względu na wiek - dotyczy dziecka ubezpieczonego (własnego, a także przysposobionego lub pasierba – jeżeli nie żyje ojciec lub matka).

5. Karta apteczna

Karta apteczna będąca dowodem uprawnienia do bezgotówkowego odbioru produktów w aptece o wartości minimum 200 zł. Wprowadzenie klauzuli nie powoduje wzrostu składki za ubezpieczenie.