

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA
GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE DLA PRACOWNIKÓW SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W PILE
ORAZ CZŁONKÓW ICH RODZIN

CZĘŚĆ OBLIGATORYJNA

Wyrażenie zgody na pełny zakres ubezpieczenia przedstawiony w Części obligatoryjnej warunkuje ważność oferty.

1. Postanowienia ogólne

- 1.1.1. Postanowienia zawarte w niniejszej umowie mają pierwszeństwo przed zapisami ogólnych warunków ubezpieczenia Wykonawcy, na podstawie których zawierane będą umowy ubezpieczenia.
- 1.1.2. W zakresie nieuregulowanym postanowieniami zawartymi w niniejszej umowie mogą mieć zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia Wykonawcy, na podstawie których zawierane będą umowy ubezpieczenia, o ile nie stoją w sprzeczności z postanowieniami zawartymi w Opisie Przedmiotu Zamówienia.
- 1.1.3. Wszelkie wątpliwości należy interpretować na korzyść Zamawiającego.
- 1.2. Poszczególne zapisy zawarte w niniejszej umowie (w szczególności klauzul dodatkowych) mogą być stosowane łącznie. Żaden z zapisów nie ma pierwszeństwa przed innymi. W przypadku wykluczania się zakresów poszczególnych zapisów przyjmuje się rozwiązanie korzystniejsze dla Zamawiającego.
- 1.3. W przypadku, gdy zapisy ogólnych warunków ubezpieczenia regulują w sposób korzystniejszy kwestie poruszane w niniejszej umowie, to stosuje się korzystniejszy dla Ubezpieczającego zapisy.
- 1.4. W przypadku, gdy Ubezpieczający na skutek błędu lub przeoczenia niewynikającego z działania umyślnego lub rażącego niedbalstwa nie przekaze Ubezpieczycielowi istotnych informacji mających wpływ na zmianę ryzyka, to fakt nie przekazania informacji nie będzie powodem odmowy wypłaty lub redukcji odszkodowania pod warunkiem, że Ubezpieczający niezwłocznie, ale nie później niż w ciągu 7 dni uzupełni stosowne informacje.
- 1.5.1. W przypadku, gdy Ubezpieczyciel działa w formie Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych (tzw. TUW) nie dopuszcza się warunkowania zawarcia umowy ubezpieczenia po uprzednim wykupieniu udziałów członkowskich w TUW.
- 1.5.2. W przypadku, gdy statut Ubezpieczyciela działającego w formie TUW zawiera zapis obligujący Ubezpieczającego do pokrycia strat towarzystwa, niniejsze postanowienie nie będzie skuteczne w odniesieniu do Ubezpieczającego objętego niniejszą umową.

2. Zamawiający - Ubezpieczający

Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica
ul. Rydygiera 1
64-920 Piła

3. Ubezpieczeni

- 3.1. Do grupowego ubezpieczenia na życie może przystąpić:
 - 3.1.1. Pracownik (ubezpieczony podstawowy) – osoba fizyczna:
 - a. pozostająca z Ubezpieczającym w stosunku pracy (bez względu na długość trwania stosunku prawnego)
 - b. współpracująca z Ubezpieczającym na podstawie umowy kontraktowej

- 3.1.2. Współmałżonek (ubezpieczony bliski) – osoba pozostająca z pracownikiem w związku małżeńskim,
- 3.1.3. Pełnoletnie dziecko (ubezpieczony bliski) – dziecko pracownika: biologiczne, przysposobione lub pasierb (jeżeli nie żyje jego ojciec lub matka), które ukończyło 18 rok życia,
- 3.1.4. Partner życiowy (ubezpieczony bliski) – osoba wskazana imiennie w deklaracji przystąpienia, pozostająca z pracownikiem w nieformalnym związku, prowadząca wspólnie gospodarstwo domowe.
Wyklucza się możliwość przystąpienia partnera życiowego w przypadku, gdy:
 - a. pracownik i wskazany partner życiowy są ze sobą spokrewnieni,
 - b. pracownik lub wskazany partner życiowy pozostają w związku małżeńskim z osobą trzecią.
- 3.2.1. Ubezpieczony bliski może przystąpić do ubezpieczenia pod warunkiem, że do ubezpieczenia wcześniej lub jednocześnie przystępuje pracownik (ubezpieczony podstawowy).
- 3.2.2. Ubezpieczony bliski może przystąpić do ubezpieczenia tylko do wariantu, którym objęty jest ubezpieczony podstawowy.

4. Czas trwania umowy

- 4.1. Umowa ubezpieczenia dla wszystkich zakresów i wariantów zawierana jest na okres 6 miesięcy.
- 4.2. Okres ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się 1 lipca 2018, bez względu na ilość osób, które złożą deklaracje przystąpienia do ubezpieczenia.

5. Składka

- 5.1. Wysokość składki miesięcznej za jedną osobę dla poszczególnych wariantów ubezpieczenia wskazana jest w ofercie Ubezpieczyciela.
- 5.2. Wysokość składki za jedną osobę, wskazana w ofercie dla poszczególnych wariantów, jest niezmienna przez cały okres trwania umowy ubezpieczenia.
- 5.3.1. Składka za pracownika oraz ubezpieczonych bliski, zgłoszonych przez niego do ubezpieczenia, potrącana jest przez Ubezpieczającego z wynagrodzenia pracownika.
- 5.3.2. Pracownik upoważnia pisemnie Ubezpieczającego do dokonywania potrąceń oraz przekazywania składki na wskazane przez ubezpieczyciela konto.
- 5.4.1. Składki za ubezpieczenie przekazywana jest przez Ubezpieczającego w cyklach miesięcznych na konto wskazane przez Ubezpieczyciela.
- 5.4.2. Składki za ubezpieczenie będą przekazywane przez Ubezpieczającego do 20 dnia miesiąca, za który są należne.
- 5.4.3. W przypadku, gdy składka za ubezpieczenie płatna jest w formie przelewu bankowego, za dzień opłacenia składki, uważa się datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.
- 5.5.1. Nieopłacenie składki w całości lub części w terminie, nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia ani zawieszenia udzielanej ochrony ubezpieczeniowej pod warunkiem, że składka za ubezpieczenie zostanie przekazana do końca miesiąca, za który jest należna.
- 5.5.2. W przypadku zaległości w opłacie składki lub jej części przekraczającej 1 miesiąc, Ubezpieczyciel ma prawo zawiesić udzielanie ochrony ubezpieczeniowej.
- 5.5.3. W przypadku zaległości w opłacie składki lub jej części przekraczającej 1 miesiąc, Ubezpieczyciel wzywa Ubezpieczającego do uzupełnienia zaległości, wskazując w wezwaniu co najmniej 14-dniowy dodatkowy termin do zapłaty.
- 5.5.4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela zostaje wznowiona z zachowaniem ciągłości odpowiedzialności pod warunkiem, że uzupełnienie zaległości w przekazywaniu składki nastąpi przed upływem trzeciego miesiąca zaległości.

6. Konstrukcja programu ubezpieczeniowego

- 6.1.1. Program grupowego ubezpieczenia na życie został przygotowany przy założeniu jednoczesnego funkcjonowania dwóch zakresów podzielonych na siedem wariantów:
- zakres pierwszy – warianty 1 - 4 (załączniki 2a, 2b, 2c, 2d)
 - zakres drugi – warianty 5 – 7 (załączniki 2e, 2f, 2g)
- 6.1.2. Wyklucza się możliwość stosowania jakichkolwiek limitów partycypacji w poszczególnych wariantach ubezpieczenia, co oznacza, że ochrona ubezpieczeniowa będzie świadczona we wszystkich wariantach programu ubezpieczeniowego bez względu na ilość osób deklarujących przystąpienie do danego wariantu.
- 6.2.1. Pracownik (ubezpieczony podstawowy) może przystąpić do ubezpieczenia do dowolnie wybranego wariantu.
- 6.3.1. Ubezpieczonemu przysługuje w każdej chwili prawo do zmiany wariantu na dowolnie wybrany inny wariant (dotyczy również zmiany wariantu skutkującej zmianą zakresu).
- 6.3.2. Zmiana wariantu wymaga złożenia nowej deklaracji i jest skuteczna od pierwszego dnia miesiąca następującego po złożeniu nowej deklaracji.
- 6.3.3. W przypadku zmiany wariantu obowiązywać będą następujące zasady dotyczące karencji:
- zmiana wariantu na wariant z niższą składką w ramach tego samego zakresu – Ubezpieczyciel nie będzie stosował karencji,
 - zmiana wariantu na wariant z wyższą składką w ramach tego samego zakresu – Ubezpieczyciel zastosuje karencje tylko do nadwyżki w wysokości świadczenia,
 - zmiana wariantu z jednoczesną zmianą zakresu – Ubezpieczyciel zastosuje karencje do nadwyżki w wysokości świadczenia oraz karencją dla ryzyk nie objętych ochroną w poprzednim wariantcie.

7. Przystąpienie do ubezpieczenia

- 7.1.1. Do ubezpieczenia mogą przystąpić osoba, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia.
- 7.2.1. Do ubezpieczenia może przystąpić osoba, która nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekle chorych lub nie jest uznana za niezdolną do pracy lub niezdolna do służby orzeczeniem właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym.
- 7.2.2. Ubezpieczyciel obejmuje ochroną ubezpieczeniową w pełnym zakresie wszystkie osoby, które spełniają warunki przystąpienia do ubezpieczenia, co oznacza, że odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie poszczególnych ryzyk kończy się zgodnie z zasadami określonymi w punkcie 11.1.
- 7.3.1. W stosunku do osób (Ubezpieczonych podstawowych oraz ubezpieczonych bliskich), które w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia były objęte inną umową grupowego ubezpieczenia na życie funkcjonującą u Ubezpieczającego, wyklucza się możliwość stosowania jakichkolwiek zapisów ograniczających możliwość przystępowania do ubezpieczenia, z zastrzeżeniem punktu 7.1.1.
- 7.3.2. W stosunku do Ubezpieczonych podstawowych, wyklucza się możliwość stosowania jakichkolwiek ankiet, kwestionariuszy, oświadczeń o stanie zdrowia i przebytych chorobach lub badań medycznych.
- 7.3.3. W stosunku do Ubezpieczonych bliskich, którzy w chwili zawierania umowy nie byli objęci ochroną ubezpieczeniową wynikającą z umów funkcjonujących u Ubezpieczającego, dopuszcza się możliwość weryfikacji stanu zdrowia. W przypadku negatywnej weryfikacji stanu zdrowia Ubezpieczonego bliskiego, Wykonawca może odmówić udzielenia ochrony ubezpieczeniowej.

- 7.4. Osoba przystępująca do ubezpieczenia składa deklarację na formularzu Ubezpieczyciela.
- 7.5.1. Pracownik przystępujący do ubezpieczenia ma prawo wskazania w swojej deklaracji partnera życiowego.
- 7.5.2. Prawo wskazania partnera życiowego nie nakłada obowiązku przystąpienia do ubezpieczenia partnera życiowego.
- 7.5.3. W przypadku wskazania przez pracownika w deklaracji przystąpienia partnera życiowego będzie on traktowany jak współmałżonek, co oznacza, że Ubezpieczyciel będzie zobowiązany do wypłaty ubezpieczonemu pracownikowi świadczeń:
- w ramach ryzyka zgon małżonka oraz zgon małżonka spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – w przypadku zgonu partnera życiowego,
 - w ramach ryzyka zgon rodziców lub rodziców współmałżonka – w przypadku zgonu rodziców partnera życiowego.
- 7.5.4. Zmiana partnera życiowego może nastąpić nie wcześniej niż po upływie 24 miesięcy od daty wskazania dotychczasowego partnera życiowego.
- 7.6. W przypadku przystąpienia do ubezpieczenia partnera życiowego, partner życiowy oraz związany z nim pracownik (ubezpieczony podstawowy) będą traktowani jak związek małżeński, co oznacza że Ubezpieczyciel będzie zobowiązany do wypłaty ubezpieczonemu partnerowi życiowemu świadczeń:
- w ramach ryzyka zgon małżonka oraz zgon małżonka spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – w przypadku zgonu pracownika, z którym związany jest partner życiowy,
 - w ramach ryzyka zgon rodziców lub rodziców współmałżonka – w przypadku zgonu rodziców pracownika, z którym związany jest partner życiowy.
- 7.7. Przystąpienie do programu ubezpieczeniowego będzie wyłączną decyzją pracowników a Zamawiający nie może zagwarantować liczby osób, które przystąpią do ubezpieczenia.

8. Pre existing

- 8.1. W stosunku do osób (Ubezpieczonych podstawowych oraz Ubezpieczonych bliskich), które w chwili zawierania umowy ubezpieczenia były objęte ochroną ubezpieczeniową wynikająca z umów funkcjonujących u Ubezpieczającego, Ubezpieczyciel przejmuje odpowiedzialność za skutki stanów chorobowych oraz wypadków, które zaszły lub zostały stwierdzone przed początkiem odpowiedzialności.
- 8.2. Zamawiający dopuszcza możliwość ograniczenia odpowiedzialności za skutki stanów chorobowych oraz wypadków, które zaszły lub zostały stwierdzone przed początkiem odpowiedzialności w odniesieniu do ubezpieczeń (ryzyk) dodatkowych:
- dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem,
 - dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym,
 - dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem w pracy,
 - dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym,
 - dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem,
- z zastrzeżeniem, że Wykonawca przejmuje odpowiedzialność za skutki stanów chorobowych oraz wypadków, które zaszły lub zostały stwierdzone przed początkiem odpowiedzialności ale w okresie obejmowania ubezpieczonego poprzednią funkcjonującą u Zamawiającego umową grupowego ubezpieczenia na życie.
- 8.3. W dodatkowym ubezpieczeniu na wypadek leczenia szpitalnego wyklucza się możliwość stosowania ograniczenia wypłaty świadczenia za pobyt w szpitalu związany ze skutkami stanów chorobowych oraz wypadków, które zaszły lub zostały stwierdzone przed początkiem

odpowiedzialności (dotyczy Ubezpieczonych podstawowych i Ubezpieczonych bliskich).

9. Zbieg roszczeń

- 9.1. W przypadku zajścia zdarzenia, które powoduje powstanie odpowiedzialności z tytułu więcej niż jednego ryzyka objętego umową ubezpieczenia Ubezpieczyciel wypłaci świadczenia z wszystkich ryzyk w pełnej wysokości bez stosowania potrąceń przewidzianych w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

10. Początek odpowiedzialności

- 10.1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, jeżeli zostały spełnione następujące warunki:
- Ubezpieczony złożył przed rozpoczęciem tego miesiąca Ubezpieczającemu podpisaną deklarację przystąpienia,
 - Ubezpieczający poinformował Ubezpieczyciela o przystąpieniu Ubezpieczonego do umowy przed rozpoczęciem miesiąca, w którym rozpoczyna się odpowiedzialność, przy czym za skuteczne poinformowanie Ubezpieczyciela uważa się wprowadzenie Ubezpieczonego do elektronicznego systemu obsługi ubezpieczenia.
 - pierwsza składka została opłacona do końca miesiąca, w którym przypada początek odpowiedzialności.
- 10.2. Ubezpieczający zobowiązany jest do 10 dnia miesiąca, w którym rozpoczyna się odpowiedzialność Ubezpieczyciela, przekazać oryginały deklaracji osób przystępujących do umowy.

11. Koniec odpowiedzialności

- 11.1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego kończy się z chwilą zaistnienia jednej z okoliczności:
- otrzymania przez Ubezpieczyciela oświadczenia o odstąpieniu przez Ubezpieczającego od umowy,
 - upływu czasu umowy w przypadku jej nieprzedłużenia,
 - upływu okresu wypowiedzenia umowy,
 - śmierci Ubezpieczonego,
 - w rocznicę polisy przypadającą w roku kalendarzowym, w którym ubezpieczony kończy 70 rok życia.
 - z upływem 1 miesiąca, licząc od końca okresu, za który została przekazana ostatnia składka, z zastrzeżeniem 11.2.,
 - upływu okresu, za jaki przekazano składkę, jeżeli ustał stosunek prawny łączący Ubezpieczonego podstawowego z Ubezpieczającym, zastrzeżeniem 11.3.
- 11.2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego zostaje wznowiona z zachowaniem ciągłości odpowiedzialności pod warunkiem, że uzupełnienie zaległości w przekazywaniu składki nastąpi przed upływem trzeciego miesiąca zaległości.
- 11.3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do ubezpieczonego zostaje przedłużona o 1 miesiąc po ustaniu stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego podstawowego z Ubezpieczającym, pod warunkiem, że za dodatkowy okres ubezpieczenia zostanie Ubezpieczycielowi przekazana składka (dotyczy Ubezpieczonego podstawowego i Ubezpieczonych bliskich).
- 11.4. Ubezpieczonemu w każdej chwili przysługuje prawo rezygnacji z ubezpieczenia. W przypadku złożenia rezygnacji odpowiedzialność Ubezpieczyciela wobec ubezpieczonego wygasa z końcem okresu za jaki przekazano składkę.
- 11.5. W przypadku wygaśnięcia odpowiedzialności w stosunku do Ubezpieczonego podstawowego

wygasa równocześnie odpowiedzialność wobec Ubezpieczonych bliskich zgłoszonych do ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że w przypadku śmierci Ubezpieczonego podstawowego odpowiedzialność Ubezpieczyciela wobec ubezpieczonych bliskich wygasa z końcem okresu za jaki przekazano składkę.

12. Karencje

12.1. W umowie ubezpieczenia dla poszczególnych ryzyk obowiązują następujące okresy karencji:

Pakiet ochronny	Długość karencji
zgon ubezpieczonego	6 miesięcy
zgon ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	brak
zgon ubezpieczonego spowodowany wypadkiem komunikacyjnym	brak
zgon ubezpieczonego spowodowany wypadkiem przy pracy	brak
zgon ubezpieczonego spowodowany wypadkiem komunikacyjnym przy pracy	brak
zgon ubezpieczonego spowodowany zawałem serca lub udarem	6 miesięcy
osierocenie dziecka	6 miesięcy
Pakiet rodzinny	Długość karencji
zgon małżonka	6 miesięcy
zgon małżonka spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	brak
zgon dziecka	6 miesięcy
zgon rodzica lub rodzica małżonka	6 miesięcy
urodzenie dziecka	9 miesięcy
zgon noworodka	9 miesięcy
Pakiet chorobowy	Długość karencji
trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	brak
trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca lub udarem	6 miesięcy
poważne zachorowanie ubezpieczonego	3 miesięcy
leczenie szpitalne ubezpieczonego	1 miesiąc
operacje chirurgiczne ubezpieczonego	6 miesięcy
leczenie specjalistyczne ubezpieczonego	3 miesięcy

12.2. Karencje określone w punkcie 12.1. nie mają zastosowania w stosunku do pracowników (ubezpieczonych podstawowych), dla których początek odpowiedzialności przypada nie później niż w 4 miesiącu od daty:

- zawarcia umowy, o ile pracownik pozostawał w stosunku prawnym z Ubezpieczającym
- powstania stosunku prawnego z Ubezpieczającym, o ile stosunek ten powstał po dniu zawarcia umowy

12.3. Karencje określone w punkcie 12.1. nie mają zastosowania w stosunku do małżonka (Ubezpieczony bliski), dla którego początek odpowiedzialności przypada nie później niż w 3 miesiącu od daty:

- zawarcia umowy, o ile pracownik (Ubezpieczony podstawowy) zgłaszający ubezpieczonego bliskiego pozostawał w stosunku prawnym z Ubezpieczającym,
- powstania stosunku prawnego łączącego Pracownika (Ubezpieczony podstawowy) z Ubezpieczającym, o ile stosunek ten powstał po dniu zawarcia umowy,
- zawarcia związku małżeńskiego z Pracownikiem (ubezpieczonym podstawowym), jeżeli do zawarcia związku doszło po dniu zawarcia umowy.

12.4. Karencje określone w punkcie 12.1. nie mają zastosowania w stosunku do pełnoletniego dziecka (Ubezpieczony bliski), dla którego początek odpowiedzialności przypada nie później niż w 3 miesiącu od daty:

- zawarcia umowy, o ile pracownik (Ubezpieczony podstawowy) zgłaszający ubezpieczonego bliskiego pozostawał w stosunku prawnym z Ubezpieczającym,
- powstania stosunku prawnego łączącego pracownika (Ubezpieczony podstawowy) z

- Ubezpieczającym, o ile stosunek ten powstał po dniu zawarcia umowy,
- c. ukończenia 18 roku życia przez dziecko, jeżeli dziecko uzyskało pełnoletniość po dniu zawarcia umowy.
- 12.5. Karencje określone w punkcie 12.1. nie mają zastosowania w stosunku do partnera życiowego (Ubezpieczony bliski), dla którego początek odpowiedzialności przypada w dacie zawarcia umowy, o ile partner życiowy bezpośrednio przed przystąpieniem był objęty odpowiedzialnością w ramach innej umowy ubezpieczenia funkcjonującej u Ubezpieczającego.
- 12.6. Karencje określone w punkcie 12.1. nie mają zastosowania, jeżeli do zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową doszło wskutek nieszczęśliwego wypadku (dotyczy ubezpieczonych podstawowych i ubezpieczonych bliskich).
- 12.7. W przypadku ubezpieczonych, co do których nie mają zastosowania w/w karencje, wyklucza się możliwość stosowania jakichkolwiek innych ograniczeń odpowiedzialności, uzależniających wysokość wypłacanego świadczenia od długości stażu w ubezpieczeniu.

13. Zgon ubezpieczonego

- 13.1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jeżeli zgonu ubezpieczonego nastąpił:
- w wyniku działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru, czynnego udziału w masowych rozruchach społecznych,
 - wskutek popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
 - wskutek prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu w stanie nietrzeźwości,
 - wskutek samobójstwa Ubezpieczonego popełnionego w okresie 2 roku od początku odpowiedzialności Wykonawcy wobec tego Ubezpieczonego.
- 13.2. Wyłączenia określone w punkcie 13.1. stanowią dopuszczalny katalog wyłączeń odpowiedzialności.
- 13.3. W przypadku zgonu ubezpieczonego spowodowanego samobójstwem do okresu 2 roku, o którym mowa w punkcie d. zaliczony zostanie również okres uczestnictwa osoby w poprzednich programach grupowego ubezpieczenia na życie funkcjonujących u Zamawiającego.

14. Zgon ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem

- 14.1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jeżeli zgonu ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem nastąpił:
- w wyniku działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru, czynnego udziału w masowych rozruchach społecznych,
 - podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych prawem uprawnień, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu, który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu w stanie pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - w wyniku samookaleczenia,
 - w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa,

- i. w wyniku zatrucia spowodowanego spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających,
- j. w wyniku uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem oraz zabiegami leczniczymi, bez względu na to przez kogo były wykonane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku,
- k. w wyniku nagłych stanów chorobowych.

14.2. Wyłączenia określone w punkcie 14.1. stanowią dopuszczalny katalog wyłączeń odpowiedzialności.

15. Zgon ubezpieczonego spowodowany wypadkiem komunikacyjnym

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

- a. kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym, motorowerem, 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,

15.2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jeżeli zgonu ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym nastąpił:

- a. w wyniku działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru, czynnego udziału w masowych rozruchach społecznych,
- b. podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych prawem uprawnień, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
- c. podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu, który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
- d. podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu w stanie pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
- e. podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
- f. w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- g. w wyniku samookaleczenia,
- h. w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa,
- i. w wyniku zatrucia spowodowanego spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających,
- j. w wyniku uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem oraz zabiegami leczniczymi, bez względu na to przez kogo były wykonane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku,
- k. w wyniku nagłych stanów chorobowych.

15.3. Wyłączenia określone w punkcie 15.2. stanowią dopuszczalny katalog wyłączeń odpowiedzialności.

16. Zgon ubezpieczonego spowodowany wypadkiem przy pracy

16.1. 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

- b. poleceń przełożonych w ramach stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego, podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia,
 - c. w czasie pozostawania 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,
- 16.2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jeżeli zgonu ubezpieczonego nastąpił:
- a. w wyniku działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru, czynnego udziału w masowych rozruchach społecznych,
 - b. podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych prawem uprawnień, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - c. podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu, który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - d. podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu w stanie pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - e. podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - f. w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - g. w wyniku samookaleczenia, w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa,
 - h. w wyniku zatrucia spowodowanego spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających,
 - i. w wyniku uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem oraz zabiegami leczniczymi, bez względu na to przez kogo były wykonane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku,
 - j. w wyniku nagłych stanów chorobowych.
- 16.3. Wyłączenia określone w punkcie 16.2. stanowią dopuszczalny katalog wyłączeń odpowiedzialności.

17. Zgon ubezpieczonego spowodowany zawałem serca lub udarem

- 17.1. Za zawał serca uważa się jednoznaczne rozpoznanie martwicy części mięśnia sercowego w następstwie niedokrwienia danego obszaru kiedy u Ubezpieczonego spełnione są trzy z pięciu niżej wymienionych kryteriów:
- a. występuje ból zamostkowy typowy dla zawału serca;
 - b. zmiany w zapisie EKG są charakterystyczne dla świeżego zawału serca;
 - c. znamienne podwyższona aktywność markerów sercowych typowych dla zawału serca;
 - d. udokumentowane obniżenie funkcji lewej komory, takie jak zaburzenia kinetyki skurczu współistniejące z upośledzeniem frakcji wyrzutowej lewej komory serca poniżej 45%, uwidocznione w badaniu echokardiograficznym wykonanym co najmniej 6 tygodni po stwierdzeniu zawału serca.
 - e. potwierdzone w badaniach inwazyjnych (koronografia) zamknięcie naczynia wieńcowego odpowiedzialnego za zmiany niedokrwienne mięśnia sercowego lub jego krytyczne zwężenie.

- 17.2. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stwierdzoną stabilną lub niestabilną chorobę wieńcową, bez cech dokonanego zawału serca.
- 17.3. W odniesieniu do zawału serca, za dzień zdarzenia ubezpieczeniowego uważa się dzień postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii.
- 17.4. 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.

18. Zgon ubezpieczonego spowodowany wypadkiem komunikacyjnym przy pracy

- 18.1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jeżeli zgonu ubezpieczonego spowodowany wypadkiem komunikacyjnym przy pracy nastąpił:
- w wyniku działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru, czynnego udziału w masowych rozruchach społecznych,
 - podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych prawem uprawnień, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu, który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu w stanie pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - w wyniku samookaleczenia,
 - w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa,
 - w wyniku zatrucia spowodowanego spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających,
 - w wyniku uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem oraz zabiegami leczniczymi, bez względu na to przez kogo były wykonane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku,
 - w wyniku nagłych stanów chorobowych.
- 18.2. Wyłączenia określone w punkcie 18.1. stanowią dopuszczalny katalog wyłączeń odpowiedzialności.

19. Osierocenie dziecka

- 19.1.1. 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,
- 19.1.2. 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.
- 19.1.3. Świadczenie wypłacane jest każdemu dziecku Ubezpieczonego w przypadku zgonu Ubezpieczonego w wysokości wskazanej w dokumentacji przetargowej.

- 19.2. Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności z tytułu osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego w przypadku wyłączenia odpowiedzialności Wykonawcy z tytułu zgonu Ubezpieczonego.

20. Zgon małżonka

- 20.1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w razie zgonu małżonka lub partnera życiowego Ubezpieczonego wskutek działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru, czynnego udziału w masowych rozruchach społecznych.
- 20.2. Ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie bez względu na wiek małżonka Ubezpieczonego lub partnera życiowego Ubezpieczonego.
- 20.3. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu zgonu o ile ubezpieczony nie przyczynił się umyślnie do zgonu małżonka.

21. Zgon małżonka spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem

- 21.1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jeżeli zgonu małżonka lub partnera życiowego nastąpił:
- w wyniku działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru, czynnego udziału w masowych rozruchach społecznych,
 - podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych prawem uprawnień, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu, który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu w stanie pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - w wyniku samookaleczenia, w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa,
 - w wyniku zatrucia spowodowanego spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających,
 - w wyniku uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem oraz zabiegami leczniczymi, bez względu na to przez kogo były wykonane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku,
 - w wyniku nagłych stanów chorobowych.
- 21.2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu zgonu małżonka lub partnera życiowego o ile ubezpieczony nie przyczynił się umyślnie do zgonu małżonka lub partnera życiowego.
- 21.3. Ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie bez względu na wiek małżonka Ubezpieczonego lub partnera życiowego Ubezpieczonego.

22. Zgon dziecka

- 22.1. Za dziecko Ubezpieczonego rozumie się dziecko własne, przysposobione oraz pasierba Ubezpieczonego (jeżeli nie żyje ojciec lub matka) – pod warunkiem, że nie ukończyło 25 roku życia.

- 22.2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu zgonu dziecka o ile ubezpieczony nie przyczynił się umyślnie do zgonu dziecka.
- 22.3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jeżeli zgon dziecka Ubezpieczonego nastąpił wskutek działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru, czynnego udziału w masowych rozruchach społecznych.

23. Zgon rodzica lub rodzica małżonka

- 23.1. Za rodzica ubezpieczonego rozumie się naturalnego ojca lub naturalną matkę ubezpieczonego lub osobę, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia ubezpieczonego lub ojczyrna lub macochę ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio naturalny ojciec lub naturalna matka, przy czym przez ojczyrna 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.
- 23.2. 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 ojczyrna lub macochę małżonka lub partnera ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio naturalny ojciec lub naturalna matka, przy czym przez ojczyrna 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.
- 23.3. 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.
- 23.4. Ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie bez względu na wiek rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka Ubezpieczonego.
- 23.5. Ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w pełnej wysokości za zgon każdego z rodziców oraz rodziców współmałżonka
- 23.6. Ubezpieczyciel zobowiązany jest również do wypłaty świadczenia z tytułu zgonu rodziców lub zgonu rodziców współmałżonka w sytuacji, gdy zgon rodzica współmałżonka Ubezpieczonego nastąpił po śmierci współmałżonka Ubezpieczonego o ile spełnione są następujące warunki:
- zgon rodzica współmałżonka Ubezpieczonego nastąpił w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela,
 - Ubezpieczony nie zawarł kolejnego związku małżeńskiego,
 - Ubezpieczony nie zgłosił do Ubezpieczyciela partnera życiowego.

24. Urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu

- 24.1. Urodzenie się dziecka – urodzenie się żywego dziecka Ubezpieczonemu potwierdzone aktem urodzenia, w którym Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic tego dziecka albo przysposobienie dziecka przez ubezpieczonego (całkowite lub pełne).
- 24.2. W przypadku przysposobienia dziecka przez Ubezpieczonego (całkowitego lub pełnego) za datę zajścia zdarzenia uważa się datę uprawnomocnienia się postanowienia orzekającego o przysposobieniu dziecka przez ubezpieczonego (całkowitego lub pełnego).
- 24.3. Potwierdzeniem urodzenia żywego dziecka jest odpis skrócony aktu urodzenia dziecka wydany zgodnie z dokumentacją medyczną, w rozumieniu przepisów dotyczących porodów i

urodzeń.

25. Zgon noworodka

- 25.1 Za zgon noworodka uważa się dziecko martwo urodzone.
- 25.2 Potwierdzeniem urodzenia martwego dziecka jest odpis skrócony aktu urodzenia dziecka, z adnotacją, że dziecko urodziło się martwe, wydany zgodnie z dokumentacją medyczną, w rozumieniu przepisów dotyczących porodów i urodzeń.

26. Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem

- 26.1. 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.
- 26.2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpił:
- w wyniku działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru, czynnego udziału w masowych rozruchach społecznych,
 - podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych prawem uprawnień, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu, który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu w stanie pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - w wyniku samookaleczenia,
 - w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa,
 - w wyniku zatrucia spowodowanego spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających,
 - w wyniku uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem oraz zabiegami leczniczymi, bez względu na to przez kogo były wykonane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku,
 - w wyniku nagłych stanów chorobowych.
- 26.3. Wyłączenia określone w punkcie 26.2. stanowią dopuszczalny katalog wyłączeń odpowiedzialności.

27. Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca lub udarem

- 27.1. Za zawał serca uważa się jednoznaczne rozpoznanie martwicy części mięśnia sercowego w następstwie niedokrwienia danego obszaru kiedy u Ubezpieczonego spełnione są trzy z pięciu niżej wymienionych kryteriów:
- występuje ból zamostkowy typowy dla zawału serca;
 - zmiany w zapisie EKG są charakterystyczne dla świeżego zawału serca;
 - znamiennie podwyższona aktywność markerów sercowych typowych dla zawału serca;
 - udokumentowane obniżenie funkcji lewej komory, takie jak zaburzenia kinetyki skurczu współistniejące z upośledzeniem frakcji wyrzutowej lewej komory serca poniżej 45%, uwidocznione w badaniu echokardiograficznym wykonanym co najmniej 6 tygodni po stwierdzeniu zawału serca.

- e. potwierdzone w badaniach inwazyjnych (koronografia) zamknięcie naczynia wieńcowego odpowiedzialnego za zmiany niedokrwienne mięśnia sercowego lub jego krytyczne zwężenie.
- 27.2. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stwierdzoną stabilną lub niestabilną chorobę wieńcową, bez cech dokonanego zawału serca.
- 27.3. 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.

28. Poważne zachorowanie ubezpieczonego

- 28.1. Katalog chorób:
- a. Anemia aplastyczna,
 - b. Chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych (by-pass),
 - c. Choroba Creutzfelda-Jakoba,
 - d. Choroba Parkinsona,
 - e. Łagodny guz mózgu,
 - f. Niewydolność nerek,
 - g. Nowotwór złośliwy,
 - h. Operacja aorty,
 - i. Operacja zastawek serca,
 - j. Oponiak,
 - k. Paraliż,
 - l. Poważne oparzenia,
 - m. Przeszczep narządów,
 - m. Stwardnienie rozsiane,
 - o. Śpiączka,
 - p. Udar mózgu,
 - r. Utrata mowy w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku,
 - s. Utrata słuchu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku,
 - t. Utrata wzroku w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku,
 - u. Zakażenie wirusem HIV będące powikłaniem transfuzji krwi,
Zakażenie wirusem HIV, będące następstwem bezpośredniego wykonywania obowiązków zawodowych,
 - w. Zawał serca.
- 28.2. Za zawał serca uważa się jednoznaczne rozpoznanie martwicy części mięśnia sercowego w następstwie niedokrwienia danego obszaru kiedy u Ubezpieczonego spełnione są trzy z pięciu niżej wymienionych kryteriów:
- a. występuje ból zamostkowy typowy dla zawału serca;
 - b. zmiany w zapisie EKG są charakterystyczne dla świeżego zawału serca;
 - c. znamiennie podwyższona aktywność markerów sercowych typowych dla zawału serca;
 - d. udokumentowane obniżenie funkcji lewej komory, takie jak zaburzenia kinetyki skurczu współistniejące z upośledzeniem frakcji wyrzutowej lewej komory serca poniżej 45%, uwidocznione w badaniu echokardiograficznym wykonanym co najmniej 6 tygodni po stwierdzeniu zawału serca.
 - e. potwierdzone w badaniach inwazyjnych (koronografia) zamknięcie naczynia wieńcowego odpowiedzialnego za zmiany niedokrwienne mięśnia sercowego lub jego krytyczne zwężenie.
- 28.3. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stwierdzoną stabilną lub niestabilną chorobę wieńcową, bez cech dokonanego zawału serca.

- 28.4. 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.
- 28.5. 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 krwakiów, torbieli, cyst, ziarniniaków, malformacji naczyniowych, guzów przysadki lub rdzenia kręgowego.
- 28.6. 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.
- 28.7. 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:
- nowotworu łagodnego,
 - 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,
 - raka podstawnokomórkowego i raka płaskonabłonkowego, czerniaka złośliwego w stadium zaawansowania T I a wg klasyfikacji TNM
 - ziarnicy złośliwej (choroby Hodgkina) i chłoniaków w pierwszym stadium zaawansowania (stadia IA i IB),
 - przewlekłej białaczki limfatycznej o stopniu zaawansowania wg Rai < 3,
 - raka prostaty histopatologicznie opisywanego jako T1 (T1a lub T1b lub T1c) w klasyfikacji TNM,
 - nowotworu współistniejącego z zakażeniem wirusem HIV (np. mięsaka Kaposiego).
- 28.8. 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.
Za przeszczep narządów rozumie się również zakwalifikowanie na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego lub kilku wyżej wymienionych narządów.
- 28.9. 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.
- 28.10. 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.
- 28.11. W przypadku zdiagnozowania oponiaka spełniającego również definicję łagodnego guza mózgu zostanie wypłacone świadczenie wyłącznie z tytułu wystąpienia jednej z wymienionych jednostek poważnych zachorowań.

- 28.12. W przypadku wypłaty z tytułu niewydolności nerek, świadczenie z tytułu przeszczepu nerek nie zostanie wypłacone.
- 28.13. Wykonawca nie obejmuje ochroną poważnych zachorowań, które wystąpiły zgodnie z definicją zawartą w punkcie „Definicje ogólne” u tego Ubezpieczonego przed objęciem go ochroną ubezpieczeniową stanowiącą przedmiot niniejszego postępowania.
- 28.14. Po wypłacie świadczenia z tytułu danej choroby wygasa odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie tej choroby, co oznacza, że odpowiedzialnością Ubezpieczyciela objęte są pozostałe choroby wymienione w katalogu.

29. Leczenie szpitalne ubezpieczonego

- 29.1. Świadczenie przysługuje ubezpieczonemu jeśli pobyt w szpitalu trwał co najmniej:
- 1 dzień, jeżeli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem, nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym, nieszczęśliwym wypadkiem w pracy, nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym przy pracy
 - 2 dni, jeżeli pobyt w szpitalu spowodowany był chorobą, zawałem serca lub udarem.
- 29.2. Wykonawca wypłaci łączne świadczenia maksymalnie za okres nieprzekraczający:
- 90 dni z tytułu pobytu w szpitalu w rocznym okresie ubezpieczeniowy, bez względu na ilość pobytów w szpitalu.
 - 90 dni z tytułu rekonwalescencji w rocznym okresie ubezpieczeniowy.
- Limity określone dla pobytu w szpitalu i rekonwalescencji są niezależne.
- 29.3. W przypadku pobytu w szpitalu spełniającego powyższy warunek, 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.
- 29.4. Wykonawca nie może odmówić wypłaty świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego powołując się na fakt, że przyczyna powodująca leczenie szpitalne miała miejsce przed początkiem odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej w drodze niniejszego postępowania przetargowego.
- 29.5. Wykonawca nie może odmówić wypłaty świadczenia za pobyt w szpitalu, jeżeli pobytu w szpitalu rozpoczął się przed początkiem odpowiedzialności Wykonawcy i trwał w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
Wykonawca zobowiązany jest do wypłaty świadczenia za okres pobytu w szpitalu przypadający w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
- 29.6.1. 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.
- 29.6.2. Za pobyt na OIT / OIOM uważa się trwający nieprzerwanie, co najmniej 48 godzin pobyt na OIT / OIOM w trakcie pobytu w szpitalu.
- 29.6.3. Świadczenie za pobyt na OIT/OIOM jest świadczeniem dodatkowym i nie wpływa na redukcję

- świadczenia należnego z tytułu pobytu w szpitalu.
- 29.6.4. Świadczenie za pobyt na OIT/OIOM określone w załącznikach 2 a-g, wypłacane jest jednorazowo za każdy pobyt na OIT/OIOM.
- 29.6.5. Jeżeli podczas jednego pobytu w szpitalu ubezpieczony przebywał kilkakrotnie na OIT/OIOM przysługuje tylko jedno świadczenie za pobyt na OIT/OIOM.
- 29.6.6. Wykonawca nie może ograniczyć ilości wypłat z tytułu pobytu ubezpieczonego na OIT/OIOM, o ile pobyt ubezpieczonego na OIT/OIOM związany jest z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w różnych okresach czasu.
- 29.7.1. Za rekonwalescencję uważa się trwający nieprzerwanie pobyt ubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim, potwierdzonym odpowiednim dokumentem honorowanym przez pracodawcę oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych, bezpośrednio po co najmniej 14-dniowym pobycie w szpitalu, odpowiedzialność Wykonawcy ograniczona jest do pierwszych 30 dni zwolnienia lekarskiego po danym pobycie w szpitalu.
Zwolnienie lekarskie, o którym mowa powyżej powinno być wydane przez oddział szpitala, w którym przebywał ubezpieczony.
- 29.7.2. Świadczenie z tytułu rekonwalescencji określone w załącznikach 2 a-g, wypłacane jest za każdy dzień zwolnienia lekarskiego.
- 29.8.1. Za zawał serca uważa się jednoznaczne rozpoznanie martwicy części mięśnia sercowego w następstwie niedokrwienia danego obszaru kiedy u Ubezpieczonego spełnione są trzy z pięciu niżej wymienionych kryteriów:
- występuje ból zamostkowy typowy dla zawału serca;
 - zmiany w zapisie EKG są charakterystyczne dla świeżego zawału serca;
 - znamiennie podwyższona aktywność markerów sercowych typowych dla zawału serca;
 - udokumentowane obniżenie funkcji lewej komory, takie jak zaburzenia kinetyki skurczu współistniejące z upośledzeniem frakcji wyrzutowej lewej komory serca poniżej 45%, uwidocznione w badaniu echokardiograficznym wykonanym co najmniej 6 tygodni po stwierdzeniu zawału serca,
 - potwierdzone w badaniach inwazyjnych (koronografia) zamknięcie naczynia wieńcowego odpowiedzialnego za zmiany niedokrwienne mięśnia sercowego lub jego krytyczne zwężenie.
- 29.8.2. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stwierdzoną stabilną lub niestabilną chorobę wieńcową, bez cech dokonanego zawału serca.
- 29.9. 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.
- 29.10. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jeżeli pobyt w szpitalu nastąpił:
- w wyniku działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru, czynnego udziału Ubezpieczonego w masowych rozruchach społecznych
 - w wyniku popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - spowodowany prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu jeżeli ubezpieczony nie miał uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - spowodowany prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu jeżeli ubezpieczony był w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - 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,

- z wyjątkiem sytuacji niezawinionych przez Ubezpieczonego, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
- f. w wyniku samookaleczenia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa,
 - g. w wyniku wszelkich zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień,
 - h. w wyniku chorób wynikających z obniżenia odporności organizmu w przebiegu zakażenia wirusem HIV,
 - i. 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,
 - j. w wyniku ciąży, usuwania ciąży, porodu i połogu — poza przypadkami, gdy zdiagnozowano ciążę wysokiego ryzyka, poród o przebiegu patologicznym oraz komplikacje połogu stanowiące zagrożenie dla życia kobiety,
 - k. 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,
 - l. 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 Zakładu Ubezpieczeń,
 - m. w wyniku rehabilitacji z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy,
 - n. w wyniku profesjonalnego uprawiania sportu oraz sportów wysokiego ryzyka takich jak sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, wspinaczka wysokogórska, speleologia, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, skoki na linie, sporty lotnicze,
 - o. hospicjach, placówkach lecznictwa odwykowego, placówkach dla przewlekle chorych, zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz zakładach pielęgnacyjno- opiekuńczych,
 - p. zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, w szczególności w sanatoriach, prewentoriach i szpitalach uzdrowiskowych, sanatoryjnych oraz rehabilitacyjno- uzdrowiskowych,
 - r. ośrodkach rehabilitacyjnych, szpitalach rehabilitacyjnych, oddziałach rehabilitacyjnych, z wyjątkiem pierwszego pobytu w szpitalu w celu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, pod warunkiem, że pobyt ubezpieczonego w szpitalu, związany — odpowiednio — z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą,
 - s. oddziałach dziennych oraz innych niewymienionych z nazwy zakładach opieki zdrowotnej nieprzeznaczonych do udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego.
- 29.11. Podwyższone świadczenia, wskazane w załącznikach 2 a-g (od dnia 1 do 14) wypłacane są bez względu na okres jaki minął od nieszczęśliwego wypadku, wypadku komunikacyjnego, wypadku w pracy, wypadku komunikacyjnego podczas pracy, zawału serca lub udaru.
- 29.12. W przypadku kolejnego pobytu w szpitalu spowodowanego tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, wypadkiem komunikacyjnym, wypadkiem w pracy, wypadkiem komunikacyjnym podczas pracy, zawałem serca lub udarem; ubezpieczonemu przysługują podwyższone świadczenia określone w załącznikach 2 a-g (od dnia 1 do 14), o ile limit 14 dni nie był wykorzystany w związku z poprzednimi pobytami.
- 29.13. Wyklucza się możliwość stosowania ograniczeń odpowiedzialności przy wypłacie świadczeń z tytułu rekonwalescencji, uzależniających wypłatę świadczenia od minimalnej długości pobytu na zwolnieniu lekarskim.
- 29.14. Zakres terytorialny odpowiedzialności Wykonawcy obejmuje co najmniej kraje Unii Europejskiej (w tym Wielka Brytania, również w sytuacji wystąpienia z Unii Europejskiej), Australię, Islandię, Japonię, Kanadę, Norwegię, Nową Zelandię, USA, Szwajcarię, Watykan.

- 30.1. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela objęte będą następujące procedury lecznicze:
- ablacja,
 - dializoterapia
 - chemioterapia
 - radioterapia
 - kardiowerter/defibrylator
 - rozzrusznik serca
 - terapia interferonowa
- 30.2.1. Wykonawca wypłaci jedno świadczenie z tytułu specjalistycznych procedur leczniczych zastosowanych w związku z jednym stanem chorobowym.
- 30.2.2. W przypadku przeprowadzenia u ubezpieczonego zarówno radioterapii jak i chemioterapii Wykonawca wypłaca tylko jedno świadczenie.
- 30.3. Wykonawca nie może odmówić wypłaty świadczenia z tytułu leczenia specjalistycznego powołując się na fakt, że przyczyna powodująca konieczność zastosowania leczenia specjalistycznego miała miejsce przed początkiem odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej w drodze niniejszego postępowania przetargowego (dotyczy osób, które aktualnie korzystają z ochrony ubezpieczeniowej z tytułu leczenia specjalistycznego w ramach umów funkcjonujących u Zamawiającego).

31.1. Operacje chirurgiczne ubezpieczonego

- 31.1. Operacja chirurgiczna – zabieg chirurgiczny przeprowadzony w placówce medycznej w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, co do którego istniały wskazania medyczne warunkujące konieczność przeprowadzenia zabiegu w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby albo zmniejszenia skutków nieszczęśliwego wypadku.
- 31.2. Wysokość świadczenia za przeprowadzenie operacji chirurgicznej powinna być uzależniona od rodzaju przeprowadzonej operacji.
Zamawiający oczekuje od wykonawcy przedstawienia katalogu operacji chirurgicznych z podziałem na minimum 3 klasy (kategorie), gdzie podział będzie uwzględniał stopień trudności danej operacji.
- 31.3. Dla poszczególnych zakresów/wariantów Zamawiający określa minimalną wysokość świadczenia za operacje chirurgiczne o najwyższym stopniu trudności:

Zakres/wariant	Wysokość świadczenia za operacje o najwyższym współczynniku trudności
zakres 1/wariant 1	5.000 zł
zakres 1/wariant 2	5.000 zł
zakres 1/wariant 3	5.000 zł
zakres 1/wariant 4	5.000 zł
zakres 1/wariant 5	6.000 zł
zakres 1/wariant 6	7.000 zł
zakres 1/wariant 6	8.000 zł

- 31.4. Wypłata świadczenia z tytułu przebytej operacji nie może być uzależniona od długości pobytu w placówce medycznej, podczas którego przeprowadzono operację chirurgiczną.
- 31.5. Wypłata świadczenia z tytułu przebytej operacji nie może być uzależniona od metody jaką przeprowadzono operację chirurgiczną, z zastrzeżeniem zaakceptowanych przez Zamawiającego wyłączenie opisanych w punkcie 31.10. i 31.11.
- 31.6. W przypadku wykonania w okresie jednego pobytu w placówce medycznej kilku operacji chirurgicznych, które pozostają ze sobą w związku, Wykonawca wypłaci tylko jedno świadczenie, najwyższe ze względu na klasyfikację zabiegu.

- 31.7. Wypłata świadczeń w wysokości 250% świadczenia za przeprowadzenie operacji zaklasyfikowanej jako I klasa, 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.
- 31.8. Łączna wypłata świadczeń w wysokości 500% świadczenia za przeprowadzenie operacji zaklasyfikowanej jako I klasa, powoduje zakończenie odpowiedzialności Wykonawcy w stosunku do ubezpieczonego w zakresie niniejszej klauzuli.
- 31.9. Wykonawca nie może odmówić wypłaty świadczenia z tytułu operacji chirurgicznych powołując się na fakt, że przyczyna powodująca konieczność przeprowadzenia operacji miała miejsce przed początkiem odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej w drodze niniejszego postępowania przetargowego (dotyczy osób, które aktualnie korzystają z ochrony ubezpieczeniowej z tytułu operacji chirurgicznych w ramach umów funkcjonujących u Zamawiającego).
- 31.10. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jeżeli operacja chirurgiczna nastąpi:
- w wyniku działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru, czynnego udziału Ubezpieczonego w masowych rozruchach społecznych,
 - wskutek katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie promieniami jonizującymi lub skażenie chemiczne,
 - w wyniku popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu jeżeli ubezpieczony nie miał uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu jeżeli ubezpieczony był w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - 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 przeprowadzenia operacji chirurgicznej, z wyjątkiem sytuacji niezawinionych,
 - w wyniku samookaleczenia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa,
 - bezpośrednio w wyniku zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych bez względu na zastosowaną dawkę,
 - 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
 - w wyniku profesjonalnego uprawiania sportu oraz sportów wysokiego ryzyka takich jak sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, wspinaczka wysokogórska, speleologia, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, skoki na linie, sporty lotnicze.
- 31.11. Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności z tytułu operacji chirurgicznych:
- w której Ubezpieczony był dawcą organów lub narządów,
 - kosmetycznej lub estetycznej, z wyjątkiem operacji chirurgicznych niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Wykonawcy,
 - przeprowadzonych w celach antykoncepcyjnych,

- d. zmniejszenia lub powiększenia piersi,
- e. zmiany płci,
- f. związanej z wymianą wszczepionego na stałe urządzenia, sztucznego narządu lub części sztucznego narządu,
- g. stomatologicznej, z wyjątkiem operacji chirurgicznej niezbędnej do usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy, z zastrzeżeniem punktu 31.9.,
- h. wykonanych w celach diagnostycznych,
- i. związanej z usunięciem ciała obcego metodą endoskopową,
- j. która jest kolejną operacją chirurgiczną tego samego narządu, pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z pierwszą operacją chirurgiczną, wykonaną w ramach leczenia tego samego stanu chorobowego lub skutków tego samego nieszczęśliwego wypadku (reoperacja).

- 31.12. W celu uzyskania świadczenia z tytułu operacji chirurgicznej nie jest konieczne przekazanie Wykonawcy dokumentu skierowania na operację, a wystarczy tylko przekazanie dokumentacji medycznej potwierdzającej przeprowadzenie operacji chirurgicznej wraz ze wskazaniem, jaka była przyczyna przeprowadzenia operacji.
- 31.13. Zakres terytorialny odpowiedzialności Wykonawcy obejmuje co najmniej kraje Unii Europejskiej (w tym Wielka Brytania, również w sytuacji wystąpienia z Unii Europejskiej), Australię, Islandię, Japonię, Kanadę, Norwegię, Nową Zelandię, USA, Szwajcarię, Watykan.

32. Indywidualna kontynuacja ubezpieczenia

- 32.1. Wykonawca zagwarantuje Ubezpieczonym możliwość indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia z gwarancją dożywotniego zakresu i wysokości świadczeń oraz dożywotnią niezmiennością składki.
- 32.2.1. Prawo do kontynuacji ubezpieczenia przysługuje Ubezpieczonemu bez względu na jego wiek, pod warunkiem, że Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowej przez minimum 6 miesięcy.
- 32.2.2. Do okresu stażu o którym mowa w punkcie 32.2.1. zalicza się również okres opłaty składki z tytułu innej umowy ubezpieczenia grupowego funkcjonującej u Ubezpieczającego.
- 32.2.3. Potwierdzenie stażu z poprzedniej umowy będzie dokonywane poprzez pisemne oświadczenie Ubezpieczającego.
- 32.3.1. W ramach indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia dla Ubezpieczonych objętych w ubezpieczeniu grupowym jednym z wariantów obowiązującym dla zakresu I (załącznik 2 a-d) minimalny zakres ubezpieczenia i wysokość świadczeń przedstawia poniższa tabela:

ryzyko	wysokość świadczeń w % sumy ubezpieczenia
Zgon ubezpieczonego	100% SU
Zgon ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	200% SU
Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – za 1% uszczerbku na zdrowiu	4% SU
Zgon współmałżonka ubezpieczonego	100% SU
Zgon dziecka	30% SU
Urodzenie się dziecka	10% SU
Noworodek martwo urodzony	20% SU
Osierocenie dziecka	40% SU

- 32.3.2. Składka za 1.000 złotych sumy ubezpieczenia dla zakresu określonego w punkcie 32.3.1. wynosi 7 zł.
- 32.3.3. Ubezpieczony w momencie zawierania umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia może

dowolnie określić sumę ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że nie może być ona wyższa od sumy ubezpieczenia, która obowiązywała dla Ubezpieczonego w ramach umowy ubezpieczenia grupowego.

- 32.4.1. W ramach indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia dla Ubezpieczonych objętych w ubezpieczeniu grupowym jednym z wariantów obowiązującym dla zakresu II (załącznik 2 e-g) minimalny zakres ubezpieczenia i wysokość świadczeń przedstawia poniższa tabela:

ryzyko	wysokość świadczeń w % sumy ubezpieczenia
Zgon ubezpieczonego	100% SU
Zgon ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	200% SU
Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – za 1% uszczerbku na zdrowiu	4% SU
Zgon współmałżonka ubezpieczonego	100% SU

- 32.4.2. Składka za 1.000 złotych sumy ubezpieczenia dla zakresu określonego w punkcie 32.4.1. wynosi 6 zł.
- 32.4.3. Ubezpieczony w momencie zawierania umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia może dowolnie określić sumę ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że nie może być ona wyższa od sumy ubezpieczenia, która obowiązywała dla Ubezpieczonego w ramach umowy ubezpieczenia grupowego.
- 32.5.1. Prawo zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia przysługuje w ciągu pierwszych trzech miesięcy, od końca okresu, za który opłacono składkę w ramach ubezpieczenia grupowego.

33. Obsługa ubezpieczenia – elektroniczny system obsługi polis

Wykonawca zobowiązany jest do przekazania nieodpłatnie Zamawiającemu elektronicznego systemu obsługi polis.

System poprzez łącza internetowe powinien umożliwiać osobom obsługującym ubezpieczenia u zamawiającego dokonywanie następujących czynności:

- rejestrację ubezpieczonych, poprzez wprowadzenie deklaracji przystąpienia,
- wyrejestrowania osób, dla których wygasa ochrona ubezpieczeniowa,
- rejestrację deklaracji zmian (zmiana danych ubezpieczonego, zmiana uposażonych),
- zatwierdzanie rozliczeń miesięcznych,
- generowanie druków roszczeń oraz wniosków o indywidualną kontynuację,
- dostęp do danych dotyczących wpłat, przypisu oraz salda dla poszczególnych polis.

34. Koszty administracyjno-obługowe

- 34.1. Wykonawca w ofercie uwzględni koszty administracyjno-obługowe w wysokości 15% składki.
- 34.2. Koszty wypłacane są comiesięcznie przez cały okres trwania umowy, bez względu na wskaźnik szkodowości.
- 34.3. W ramach kosztów wskazanych w punkcie 34.1. uwzględniony jest kurtaż brokerski.

CZĘŚĆ FAKULTATYWNA

Nie włączenie przez wykonawcę ryzyk wymienionych poniżej do oferty ubezpieczenia nie spowoduje odrzucenia oferty. Wykonawca może uwzględnić w swojej ofercie wszystkie zaproponowane poniżej ryzyka dodatkowe lub tylko niektóre z nich. Zakres pokrycia ryzyk dodatkowych wpłynie na ocenę oferty zgodnie z warunkami przedstawionymi w punkcie 15. SIWZ.

35. Zgon małżonka (partnera życiowego) spowodowany wypadkiem komunikacyjnym

- 35.1. Wykonawca rozszerzy odpowiedzialność o ryzyko zgonu małżonka (partnera życiowego) spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym
- 35.2. Wysokość dodatkowego świadczenia za ryzyko określone w punkcie 35.1. dla poszczególnych wariantów przedstawia się następująco:

zakres/wariant	świadczenie za ryzyko w PLN	świadczenie skumulowane w PLN
zakres I, wariant 1	8.000	24.000
zakres I, wariant 2	9.000	27.000
zakres I, wariant 3	11.000	33.000
zakres I, wariant 4	13.000	39.000
zakres II, wariant 5	11.000	33.000
zakres II, wariant 6	13.000	39.000
zakres II, wariant 7	20.000	60.000

Świadczenie skumulowane obejmuje ryzyka: zgon małżonka, zgon małżonka spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem oraz zgon małżonka spowodowany wypadkiem komunikacyjnym

- 35.3. Dla powyższego rozszerzenia odpowiedzialności obowiązują zasady określone dla ryzyka: zgon ubezpieczonego spowodowany wypadkiem komunikacyjnym.

36. Zgon dziecka spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem

- 36.1. Wykonawca rozszerzy odpowiedzialność o ryzyko zgonu dziecka spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem.
- 36.2. Wysokość dodatkowego świadczenia za ryzyko określone w punkcie 36.1. dla poszczególnych wariantów przedstawia się następująco:

zakres/wariant	świadczenie za ryzyko w PLN	świadczenie skumulowane w PLN
zakres I, wariant 1	2.400	4.800
zakres I, wariant 2	2.700	5.400
zakres I, wariant 3	3.300	6.600
zakres I, wariant 4	3.900	7.800

Świadczenie skumulowane obejmuje ryzyka: zgon dziecka, zgon dziecka spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem

- 35.3. Dla powyższego rozszerzenia odpowiedzialności obowiązują zasady określone dla ryzyka: zgon dziecka oraz zgon ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem.

36. Poważne zachorowanie małżonka

- 36.1. Wykonawca rozszerzy odpowiedzialność o ryzyko wystąpienia poważnego zachorowania małżonka ubezpieczonego.
- 36.2. Wysokość świadczenia za ryzyko określone w punkcie 38.1. dla poszczególnych wariantów przedstawia się następująco:

zakres/wariant	świadczenie za ryzyko w PLN
zakres I, wariant 1	2.000
zakres I, wariant 2	2.250
zakres I, wariant 3	2.750
zakres I, wariant 4	3.250
zakres II, wariant 5	3.750
zakres II, wariant 6	5.000
zakres II, wariant 7	6.000

37. Poważne zachorowanie niepełnoletniego dziecka

- 37.1. Wykonawca rozszerzy odpowiedzialność o ryzyko wystąpienia poważnego zachorowania niepełnoletniego dziecka.
- 37.2. Wysokość świadczenia za ryzyko określone w punkcie 38.1. dla poszczególnych wariantów przedstawia się następująco:

zakres/wariant	świadczenie za ryzyko w PLN
zakres I, wariant 1	2.000
zakres I, wariant 2	2.000
zakres I, wariant 3	2.000
zakres I, wariant 4	2.000

- 37.3. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela objęte będą następujące choroby lub stany: ciężkie oparzenia, dystrofia mięśni, łagodny guz mózgu, nabyta niedokrwistość aplastyczna, nabyta niedokrwistość hemolityczna, porażenie dziecięce (poliomyelitis), niewydolność nerek, nowotwór złośliwy, porażenie (paraliż), śpiączka, utrata kończyn, utrata słuchu, utrata wzroku, sepsa.

38. Leczenie szpitalne – zwiększenie limitu dni objętych odpowiedzialnością

- 38.1. Wykonawca zwiększy limity określone w punkcie 29.2. w następujący sposób:
- 180 dni z tytułu pobytu w szpitalu w rocznym okresie ubezpieczeniowy, bez względu na ilość pobytów w szpitalu.
 - 180 dni z tytułu rekonwalescencji w rocznym okresie ubezpieczeniowy.
- Limity określone dla pobytu w szpitalu i rekonwalescencji są niezależne.

39. Zwrot kosztów zakupu leków

- 39.1. Wykonawca rozszerzy odpowiedzialność o dodatkowe świadczenie na zakup leków po pobycie w szpitalu.
- 39.2. Świadczenie na zakup leków będzie należne, jeżeli pobyt Ubezpieczonego trwał dłużej niż 3 dni.
- 39.3. Świadczenie wypłacane jest w formie pieniężnej lub w formie karty.
- 39.4. Wysokość dodatkowego świadczenia dla wszystkich wariantów wynosi 200 zł i płatne jest maksymalnie 3 raz w trakcie rocznego okresu.

40. Poważne zachorowanie ubezpieczonego – rozszerzenie odpowiedzialności o ryzyko wystąpienia wirusowego zapalenia wątroby

- 40.1. Za wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C (przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby; nie będą miały zastosowania postanowienia ogólnych (szczególnych) warunków ubezpieczenia, innych wzorców, które będą miały zastosowanie do umowy ubezpieczenia, które ograniczają odpowiedzialność Wykonawcy wyłącznie do zakażenia w wyniku wykonywania obowiązków służbowych) – uważa się utrzymywanie się zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B lub C przez ponad 6 miesięcy, powodujące trwałe i postępujące uszkodzenie komórek wątrobowych.
- Zarówno zakażenie wirusem zapalenia wątroby jak i rozpoznanie przewlekłego zapalenia wątroby muszą nastąpić w okresie ubezpieczenia. W przypadku, gdy nie można ustalić jednoznacznie daty zakażenia, przyjmuje się na potrzeby umowy ubezpieczenia, że do zakażenia doszło w trakcie ubezpieczenia, o ile ubezpieczony był objęty umową ubezpieczenia przez okres minimum 12 miesięcy. Do w/w okresy zalicza się również okres ubezpieczenia w ramach innego ubezpieczenia grupowego funkcjonującego u Zamawiającego.
- Rozpoznanie musi być potwierdzone:

- a. Stwierdzeniem obecności specyficznych markerów wskazujących na obecność i replikację wirusa (HBsAg/HBeAg oraz HBV – DNA w przypadku WZW typu B; aHCV oraz HCV – RNA w przypadku WZW typu C),
 - b. Wynikiem biopsji wątroby potwierdzającym istnienie przewlekłych zmian zapalnych.
- Termin nie obejmuje nosicielstwa antygeny HBs lub wirusa HCV, przewlekłego zapalenia wątroby spowodowanego przez inne wirusy hepatotropowe.

42. Przystąpienie do ubezpieczenia bez weryfikacji medycznej

- 42.1. W stosunku do Ubezpieczonych bliski, którzy w chwili zawierania umowy nie byli objęci ochroną ubezpieczeniową wynikająca z umów funkcjonujących u Ubezpieczającego, Ubezpieczyciel nie dokonuje weryfikacji stanu zdrowia przy przystąpieniu do ubezpieczenia.