

PROGRAM UBEZPIECZENIOWY

I. Założenia ogólne:

1. Przedmiotem zamówienia jest grupowe ubezpieczenie na życie pracowników Zamawiającego, ich współmałżonków/partnerów i pełnoletnich dzieci, zgodnie z zakresem ubezpieczenia na okres 12 miesięcy. **Planowany okres realizacji świadczenia usługi to od 01.01.2018 r. do 31.12.2018 r.** Przedmiot zamówienia obejmuje świadczenie usługi grupowego ubezpieczenia na życie dla prokuratorów i pracowników, będących osobami fizycznymi pozostającymi w stosunku prawnym z Zamawiającym, w szczególności w stosunku służbowym i stosunku pracy, którzy przystąpią do grupowego ubezpieczenia na życie na podstawie deklaracji przystąpienia, a także ich współmałżonków/ partnerów i pełnoletnich dzieci.
2. Składka za ubezpieczenie będzie płatna przez okres realizacji zamówienia w cyklu miesięcznym. Składki będą przekazywane z dołu, do końca miesiąca, za który są należne. Nieopłacenie przez Zamawiającego składki w całości lub w części w terminie, nie powoduje ustania odpowiedzialności Wykonawcy. Wykonawca w takim przypadku wzywa Zamawiającego do uzupełnienia zaległości, wskazując, co najmniej 14-dniowy dodatkowy termin zapłaty składki. Wysokość miesięcznej składki w ramach ubezpieczenia grupy świadczeń będzie iloczynem aktualnej w danym miesiącu liczby ubezpieczonych oraz wysokości miesięcznej składki zaoferowanej za jedną osobę.
3. Składka będzie płacona przez Zamawiającego przelewem na numer rachunku bankowego wskazany przez Wykonawcę. Za datę płatności składki uważa się datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego. Składka za pracownika, jak również za jego małżonka/partnera oraz pełnoletnie dziecko jeśli przystąpią do ubezpieczenia, będzie potrącana z wynagrodzenia pracownika za jego zgodą.
4. Prawo przystąpienia do ubezpieczenia posiadają osoby, które w dniu złożenia deklaracji przystąpienia ukończyły 18 rok życia i nie ukończyły 69 roku życia. O ile nie zachodzi przypadek opisany w pkt.7 prawo przystąpienia do ubezpieczenia dotyczy jedynie osób, które w dniu złożenia deklaracji przystąpienia nie przebywają na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekle chorych lub nie są uznane za niezdolne do pracy lub niezdolne do służby orzeczeniem właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub innych właściwych przepisów.
5. Do ubezpieczenia mogą również przystąpić partnerzy życiowi ubezpieczonych pracowników, którzy na dzień zawarcia umowy z Wykonawcą byli objęci ochroną w ramach dotychczas obowiązujących programów grupowego ubezpieczenia na życie.
6. Wykonawca nie będzie stosował żadnych ograniczeń lub wyłączeń odpowiedzialności ubezpieczeniowej w stosunku do deklarujących przystąpienie do ubezpieczenia pracowników Zamawiającego oraz ich współmałżonków/partnerów życiowych i pełnoletnich dzieci, z tytułu ich przebywania na zwolnieniach lekarskich lub świadczeniach rehabilitacyjnych, pod warunkiem, że bezpośrednio przed objęciem ubezpieczeniem przez Wykonawcę byli oni ubezpieczeni w ramach obowiązującej u Zamawiającego umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
7. W odniesieniu do osób, które bezpośrednio przed objęciem ubezpieczeniem przez Wykonawcę były ubezpieczone w ramach obowiązującej u Zamawiającego umowy grupowego ubezpieczenia na życie, przystąpienie do ubezpieczenia następować będzie bez oceny ryzyka medycznego, co oznacza, że Wykonawca nie będzie uzależniał przystąpienia do ubezpieczenia w pełnym zakresie ryzyk/zdarzeń, przy ustalonej w umowie ubezpieczenia wysokości świadczeń i składki, od stanu zdrowia pracownika Zamawiającego lub jego współmałżonka/partnera życiowego i pełnoletnich dzieci.

8. Z zastrzeżeniem postanowień zapisanych w punktach 9, 10 oraz 11 w ubezpieczeniu będą miały zastosowanie następujące karencje:
 - a. urodzenie się dziecka – karencja 9 miesięcy,
 - b. ciężka choroba (poważne zachorowanie) – karencja 3 miesiące,
 - c. leczenie szpitalne z powodu choroby – karencja 1 miesiąc,
 - d. leczenie szpitalne z powodu zawału serca lub udaru mózgu – karencja 1 miesiąc,
 - e. rekonwalescencja (poszpitalna) – karencja 1 miesiąc,
 - f. ubezpieczenie na wypadek operacji chirurgicznych – karencja zgodnie z OWU Wykonawcy, jednak nie dłużej niż 3 miesiące,
 - g. niezdolność do samodzielnej egzystencji – 3 miesiące,
 - h. w pozostałych przypadkach – 6 miesięcy.
9. Karencja nie ma zastosowania do zdarzeń, których przyczyną był nieszczęśliwy wypadek (w tym także nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny, nieszczęśliwy wypadek przy pracy oraz nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny przy pracy).
10. W przypadku pracowników, współmałżonków/partnerów oraz pełnoletnich dzieci, które deklarację przystąpienia złożyli przed upływem 3 miesięcy, licząc od początku wejścia nowego programu ubezpieczeniowego w życie, Wykonawca znosi karencję w zakresie wszystkich zdarzeń.
11. W przypadku osób nowo zatrudnionych: pracowników ich współmałżonków/partnerów życiowych oraz pełnoletnich dzieci, którzy deklarację przystąpienia złożyli przed upływem 3 miesięcy, licząc od daty zatrudnienia Wykonawca znosi karencję w zakresie wszystkich zdarzeń.
12. W przypadku świadczeń objętych karencją, staż karencyjny z dotychczasowego ubezpieczenia na życie będzie zaliczany w poczet karencji obowiązującej dla analogicznego świadczenia u Wykonawcy wybranego w niniejszym postępowaniu. Ustalenie to ma zastosowanie w odniesieniu do osób przystępujących do ubezpieczenia w przeciągu 3 miesięcy od ustania ochrony w ramach innego grupowego ubezpieczenia na życie, którym ta osoba była objęta.
13. Wykonawca gwarantuje ubezpieczonemu prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na warunkach określonych przez OWU (ogólne warunki ubezpieczenia) Wykonawcy, bez oceny ryzyka medycznego oraz zdolności finansowych tego ubezpieczonego, w przypadku wystąpienia ubezpieczonego z ubezpieczenia grupowego, a także po ustaniu stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego pracownika z Zamawiającym oraz w okresie korzystania ubezpieczonego pracownika Zamawiającego z urlopu macierzyńskiego, wychowawczego lub urlopu bezpłatnego, z zastrzeżeniem punktu poniższego.
14. W wymienionych w powyższym punkcie przypadkach ustania ubezpieczenia grupowego Wykonawca może ograniczyć prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia osób, jeśli zachodzi którakolwiek z sytuacji:
 - a. Osoby te w okresie 6 miesięcy poprzedzających dzień ustania ubezpieczenia grupowego nie były w sposób ciągły objęte ubezpieczeniem grupowym na życie (sumując okres trwania ubezpieczenia u Wykonawcy oraz okres/y trwania grupowego ubezpieczenia na życie u innych Ubezpieczycieli),
 - b. Nie złożyły wniosku o indywidualną kontynuację ubezpieczenia w terminie 3 miesięcy licząc od dnia ustania ubezpieczenia grupowego.
15. Wykonawca akceptuje, że indywidualna kontynuacja ubezpieczenia, o której mowa w pkt. 13, będzie miała charakter dożywotni oraz będzie spełniała następujące dodatkowe warunki:
 - a. gwarancja dożywotniego zakresu i wysokości świadczeń ubezpieczeniowych oraz dożywotnia niezmienność składki,
 - b. zakres ubezpieczenia obejmuje minimum: zgon ubezpieczonego, zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, trwałe uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zgon małżonka, zgon partnera życiowego, zgon rodziców, zgon rodziców małżonka i partnera życiowego, urodzenie się dziecka ubezpieczonemu,

16. Ubezpieczony ma prawo w każdej chwili zrezygnować z ubezpieczenia grupowego, składając Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji, która skutkuje końcem odpowiedzialności z upływem ostatniego dnia miesiąca, za jaki przekazano składkę.
17. Wykonawca gwarantuje niezmienność warunków umowy ubezpieczenia przez cały okres jej obowiązywania, a w szczególności rodzaju ryzyk/zdarzeń oraz wysokości świadczeń i składki na ubezpieczoną osobę, niezależnie od liczby osób objętych ubezpieczeniem oraz niezależnie od zaistniałej w tym okresie szkodowości. Oznacza to także, że w odniesieniu do osób, które zostały przyjęte do ubezpieczenia (tj. które stały się ubezpieczonymi), Zamawiający nie dopuszcza, by Wykonawca z uwagi na podnoszący się w okresie realizacji zamówienia wiek tych osób ograniczał ich ochronę bądź wyłączał osobę ubezpieczoną z ubezpieczenia po osiągnięciu przez nią określonego wieku.
18. Wykonawca zobowiązuje się do realizacji świadczeń z tytułu zgonu naturalnego ubezpieczonego, zgonu naturalnego małżonka, partnera życiowego, urodzenia dziecka, śmierci rodziców i teściów oraz śmierci dziecka maksymalnie w ciągu 7 dni roboczych od daty wpływu kompletnej dokumentacji. W przypadku pozostałych roszczeń, Wykonawca zobowiązuje się do realizacji świadczeń maksymalnie w ciągu 30 dni roboczych od daty wpływu kompletnej dokumentacji. Zamawiający wymaga, aby na wniosek Ubezpieczonego, wypłata należnych mu świadczeń była zrealizowana w formie przelewu na wskazany przez Ubezpieczonego rachunek bankowy lub przekazem pocztowym na adres podany przez Ubezpieczonego.
19. System likwidacji świadczeń ma zapewniać możliwość:
 - a. Zgłaszania świadczeń telefonicznie,
 - b. Zgłaszania świadczeń przez Internet,
 - c. Zgłaszania świadczeń za pośrednictwem poczty,
 - d. Zgłaszania świadczeń w jednostkach Wykonawcy rozlokowanych na terenie Polski.
20. Zamawiający dopuszcza możliwość wypłaty świadczenia bez konieczności powoływania komisji lekarskiej lub zleconej przez Wykonawcę wizyty u lekarza specjalisty. Wypłata świadczenia następuje wówczas na podstawie zgłoszenia roszczenia i dostarczonej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia. Na wniosek ubezpieczonego istnieje możliwość powołania komisji lekarskiej. Ubezpieczony może złożyć wniosek o powołanie komisji lekarskiej także wtedy, gdy uzna, że sprawa prowadzona wcześniej bez udziału komisji lekarskiej (np.: orzeczona przez lekarza specjalistę zleconego przez Wykonawcę) wymaga zweryfikowania z powołaniem komisji lekarskiej.
21. Wykonawca gwarantuje, że jeżeli powstanie konieczność powołania komisji lekarskiej, zostanie ona zorganizowana w dogodnym miejscu dla Ubezpieczonego i zaakceptowanym przez Wykonawcę.
22. Świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu/trwałej utracie zdrowia będą wypłacone, bez stosowania żadnych ograniczeń, już od 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu/trwałej utracie zdrowia osoby ubezpieczonej w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
23. Zamawiający nie dopuszcza ograniczeń w OWU Wykonawcy, które przewidują brak ochrony z tytułu poszczególnych ryzyk po osiągnięciu przez ubezpieczonego określonego wieku (np. 60, 65 lat) – np. śmierć w następstwie krwotoku śródmózgowego lub zawału serca, trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym, pobytu w szpitalu w wyniku choroby, poważnego zachorowania/ciężkiej choroby, operacji chirurgicznej, itd.
24. Wykonawca umożliwi dowolny wybór składkowy dla współubezpieczonych (małżonek, partner, pełnoletnie dziecko) niezależnie od opcji wybranej przez pracownika.

II. Grupy świadczeń:

1. Zamawiający zapewni ochronę ubezpieczeniową w zakresie co najmniej ryzyk/zdarzeń i wysokości świadczeń podanych w Załączniku nr 5.
2. Definicje:

Nieszczęśliwy wypadek (NW): nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia osoby

poszkodowanej, zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, mające miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, w wyniku, którego nastąpiło zdarzenie objęte umową ubezpieczenia. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału serca, udaru mózgu oraz innych chorób nawet, jeżeli wystąpiły nagle, bądź zostały ujawnione przypadkowym i nagłym zdarzeniem wywołanym przyczyną zewnętrzną.

Wypadek komunikacyjny – w zakresie zgodnym z definicją zawartą w OWU Wykonawcy z zastrzeżeniem, że definicja ta winna obejmować przynajmniej:

- nieszczęśliwy wypadek wywołany ruchem pojazdów na drodze, w którym ubezpieczony brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca,
- nieszczęśliwy wypadek wywołany ruchem pojazdu szynowego/kolejowego,
- nieszczęśliwy wypadek lotniczy,
- nieszczęśliwy wypadek wywołany ruchem wodnym pojazdów wodnych /statków, w którym ubezpieczony brał udział jako członek załogi lub pasażer.

Za uczestników wypadku komunikacyjnego uznaje się również ubezpieczonego występującego w charakterze rowerzysty i pieszego. Wykonawca nie może odmówić wypłaty świadczenia powołując się na wystąpienie katastrofy komunikacyjnej.

Nieszczęśliwy wypadek w pracy: nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego zwykłych czynności służbowych albo poleceń położonych ramach łączącego ubezpieczonego z ubezpieczającym stosunku służbowego lub stosunku pracy, w ramach którego ubezpieczający opłaca składki na ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych i ustawy Prawo o ustroju sądów powszechnych z dnia 21 lipca 2001 r. z późniejszymi zmianami.

Dziecko - dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo), oraz pasierba ubezpieczonego, (jeżeli nie żyje ojciec lub matka). Za dziecko uważa się osobę, która nie ukończyła 26 roku życia lub bez względu na wiek, pod warunkiem, że dziecko jest niezdolne do samodzielnej egzystencji powstałej przed ukończeniem 26 roku życia.

Współmałżonek pracownika Zamawiającego – jest to osoba pozostająca z ubezpieczonym pracownikiem Zamawiającego w związku małżeńskim, w stosunku do której nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Partner - osoba pozostająca z ubezpieczonym w związku pozamałżeńskim, prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, niepozostająca z ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa, która nie pozostaje z inną osobą w związku formalnym. Wskazanie partnera następuje przez pisemne oświadczenie ubezpieczonego. Jeżeli ubezpieczony oświadcza, iż posiada partnera, w myśl ubezpieczenia, partner nabywa wszelkie prawa i obowiązki przysługujące współmałżonkowi. W przypadku jeżeli Ubezpieczony pracownik zgłasza Wykonawcy, że ma partnera życiowego, wówczas wszystkie umowy dodatkowe, które dotyczą współmałżonka odnoszą się do partnera ubezpieczonego (np. zgon współmałżonka/partnera itd.). Prokurator lub pracownik zgłasza powyższą informację, poprzez wpisanie we własnej deklaracji przystąpienia - danych personalnych partnera.

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

- a) lista ta winna obejmować między innymi następujące ciężkie choroby: anemia aplastyczna, chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych by-pass, choroba Creutzfelda-Jacoba, niewydolność nerek, nowotwór złośliwy, udar mózgu, zakażenie wirusem HIV w związku z wykonywanym zawodem, zakażenie wirusem HIV w związku z transfuzją krwi, zawał serca, oparzenia, transplantacja organów, utrata wzroku, oponiak, choroba Parkinsona;
- b) katalog ciężkich chorób mający zastosowanie na podstawie OWU Wykonawcy winien po uzupełnieniu o wyżej wymienione pozycje obligatoryjne liczyć przynajmniej 36 pozycji.

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

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

Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu – wypłacane za każdy dzień pobytu, począwszy od pierwszego dnia i za maksymalnie 180 dni w ciągu każdego roku trwania umowy ubezpieczenia. Zakres terytorialny obejmuje przynajmniej terytorium RP i innych krajów Unii Europejskiej oraz Monako, Norwegię, Szwajcarię i Watykan. W przypadku świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu wypłacanego tytułem zawału serca, udaru mózgu lub choroby warunkiem wypłaty świadczenia jest pobyt w szpitalu trwający minimum 2 dni. Za dni pobytu w szpitalu uznaje się również dzień przyjęcia i wypisu ze szpitala

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

Ryczał na leki / świadczenie apteczne / karta apteczna – dodatkowe świadczenie pieniężne do zgłoszonego i przyznanego świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego. Świadczenie wynosi każdorazowo 200,00 zł (nie więcej niż 3 razy w roku polisowym) i jest wypłacane w formie dodatkowego świadczenia w złotych polskich. Zgłoszenie roszczenia z tytułu ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego jest jednocześnie zgłoszeniem roszczenia z tytułu ryczału na leki.

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

3. Ubezpieczenie na wypadek operacji chirurgicznej

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

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

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

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

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

3.4 W przypadku operacji najcięższych Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości sumy bazowej wskazanej w Załączniku nr 5. W przypadku operacji należących do pozostałych klas świadczenie wypłacane jest zgodnie z algorytmem stosowanym w OWU Wykonawcy.

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

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

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

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

3.8 Zamawiający nie dopuszcza pomniejszenia wypłaty świadczenia z tytułu operacji chirurgicznych w przypadku, gdy operacja była wykonana metodą endoskopową, laparoskopową i laserową.