



**Piotrkowskie Wodociągi i Kanalizacja Spółka z o.o.**  
ul. Przemysłowa 4, 97-300 Piotrków Trybunalski

NIP: 771-28-25-611 REGON: 100752056 Kapitał zakładowy 10 800 000,00 PLN  
www.pwik.piotrkow.pl; sekretariat@pwik.piotrkow.pl; pwik@piotrkow.pl; tel./fax (44) 646-15-66  
KRS Nr 0000343051 - Sąd Rejonowy Łódź-Śródmieście  
Konto: PKO Bank Polski S. A. Nr 03 1440 1257 0000 0000 1084 1402

Oferujemy:

- ✓ usługi sprzętem specjalistycznym (np. czyszczenie kanałów)
- ✓ usługi sprzętem budowlanym
- ✓ usługi projektowania i budowy sieci oraz przyłączy
- ✓ inspekcję przewodów rurowych
- ✓ badania laboratoryjne wody, ścieków i osadów.

**ZNAK SPRAWY: ZP/08/2017**

### **SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA – SIWZ**

**Przedmiot zamówienia:**

### **GRUPOWE UBEZPIECZENIENIA ŻYCIE DLA PRACOWNIKÓW PIOTRKOWSKICH WODOCIĄGÓW I KANALIZACJI SP. Z O.O.**

Tryb postępowania: Przetarg nieograniczony



Członek IGWP



AB 1098



Członek rzeczywisty Klubu Pollab nr 925



**PREZES ZARZĄDU  
Piotrkowskich Wodociągów  
i Kanalizacji Sp. z o.o.**

PREZES ZARZĄDU  
  
mgr inż. Michał Rżanek

.....  
Podpis osoby zatwierdzającej SIWZ

Piotrków Trybunalski, dnia 10 listopada 2017 r.

## INFORMACJE OGÓLNE

1. **Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania bez podania przyczyny.**
2. Wykonawca winien zapoznać się ze wszystkimi dokumentami składającymi się na specyfikację istotnych warunków zamówienia (SIWZ).
3. Formularz oferty powinien być wypełniony (z uwzględnieniem odpowiednich wykreśleń) przez Wykonawcę ściśle według warunków i postanowień zawartych w SIWZ. Wszelkie ewentualne zmiany powinny być parafowane przez Wykonawcę.
4. Wszystkie strony oferty winny być kolejno ponumerowane, a numeracja stron powinna rozpoczynać się od numeru 1, umieszczonego na pierwszej stronie oferty.
5. Każda ze stron oferty powinna być parafowana przez osobę upoważnioną do podpisywania oferty.
6. Każdy Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę, w której musi być zaoferowana tylko jedna ostateczna cena.
7. Wykonawca powinien uzyskać wszelkie informacje konieczne do przygotowania oferty, zawarcia umowy i późniejszej realizacji zamówienia.

## INSTRUKCJA DLA WYKONAWCY

Zamawiający:

Nazwa **PIOTRKOWSKIE WODOCIĄGI I KANALIZACJA SP. Z O.O.**

Adres: **UL. PRZEMYSŁOWA 4**  
**97-300 PIOTRKÓW TRYBUNALSKI**

**FAX: (44) 646 15 66**

**[sekretariat@pwik.piotrkow.pl](mailto:sekretariat@pwik.piotrkow.pl)**

### **I. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**

1. Przedmiotem zamówienia jest usługa polegająca na grupowym ubezpieczeniu na życie dla pracowników Piotrkowskich Wodociągów i Kanalizacji w okresie **od 01.01.2018 r. do 31.12.2020 r.** Usługa ta obejmuje życie i zdrowie ubezpieczonych oraz współubezpieczonych.

#### **CPV**

Główny przedmiot	- 66510000-8 - Usługi ubezpieczeniowe,
Dodatkowe przedmioty	- 66511000-5 - Usługi ubezpieczeń na życie.

2. Szczegółowy zakres zamówienia znajduje się w Opisie przedmiotu zamówienia (Umowie Generalnej Ubezpieczenia) stanowiącym załącznik do umowy.

Zamawiający wyłoni Wykonawcę przedmiotu zamówienia w trybie przetargu nieograniczonego, zgodnie z Regulaminem udzielania zamówień publicznych w Piotrkowskich Wodociągach i Kanalizacji Sp. z o.o. (zwanym dalej „Regulaminem”) zamieszczonym na stronie internetowej Zamawiającego: [www.pwik.piotrkow.pl](http://www.pwik.piotrkow.pl) w zakładce „Przetargi”.

## **II. SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA /UMOWA GENERALNA UBEZPIECZENIA**

### **(WZÓR) UMOWA GENERALNA GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE DLA PRACOWNIKÓW PIOTRKOWSKICH WODOCIĄGÓW I KANALIZACJI SP. Z O.O.**

ZAWARTA W ..... DNIA .....

POMIĘDZY /PEŁNA NAZWA/:

.....  
Z SIEDZIBĄ W ....., KOD POCZTOWY: .....,  
ZAREJESTROWANYM W ....., NR KRS: .....,  
POSIADAJĄCYM NIP: ....., REGON: ..... Z KAPITAŁEM  
ZAKŁADOWYM ..... ZŁ WPŁACONYM W CAŁOŚCI,  
REPREZENTOWANYM PRZEZ:

- 1) .....
- 2) .....

ZWANYM DALEJ **UBEZPIECZAJĄCYM**,

A /PEŁNA NAZWA/:

.....  
Z SIEDZIBĄ W ....., KOD POCZTOWY: .....,  
ZAREJESTROWANYM W ....., NR KRS: .....,  
POSIADAJĄCYM NIP: ....., REGON: ..... Z KAPITAŁEM  
ZAKŁADOWYM ..... ZŁ WPŁACONYM W CAŁOŚCI,  
REPREZENTOWANYM PRZEZ:

- 1) .....
- 2) .....

ZWANYM DALEJ **UBEZPIECZYCIELEM**.

UMOWA GENERALNA UBEZPIECZENIA JEST ZAWARTA I BĘDZIE WYKONYWANA ZA POŚREDNICTWEM  
I PRZY UDZIALE BROKERA UBEZPIECZENIOWEGO:

#### **BIURO BROKERÓW UBEZPIECZENIOWYCH MAXIMA FIDES SP. Z O.O.**

Z SIEDZIBĄ W ŁODZI, KOD POCZTOWY: 90-613,

ZAREJESTROWANYM W KRAJOWYM REJESTRZE SĄDOWYM PRZEDSIĘBIORCÓW, NR KRS: 0000047653,

POSIADAJĄCYM NIP: 727-22-70-042, REGON: 471628890 Z KAPITAŁEM

ZAKŁADOWYM 552.800,00 ZŁ WPŁACONYM W CAŁOŚCI,

REPREZENTOWANYM PRZEZ:

- 1) Katarzyna Pastusiak – Wiceprezes Zarządu

ZWANEGO DALEJ **BROKEREM UBEZPIECZENIOWYM**.

**PODSTAWĄ ZAWARCIA NINIEJSZEJ UMOWY GENERALNEJ UBEZPIECZENIA JEST UMOWA ZAWARTA PO  
przeprowadzonym przetargu nieograniczonym w Piotrkowskich Wodociągach i Kanalizacji Sp. z o.o. na **Grupowe  
ubezpieczenie na życie dla pracowników Piotrkowskich Wodociągów i Kanalizacji Sp. z o.o.****

Numer referencyjny sprawy: **ZP/08/2017**

**PODPISANA W DNIU .....**

## SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

### ROZDZIAŁ I

#### POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE UMOWY GENERALNEJ UBEZPIECZENIA

##### 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- 1.1. Umowa generalna grupowego ubezpieczenia na życie dla pracowników Piotrkowskich Wodociągów i Kanalizacji Sp. z o.o. nazywana będzie w niniejszej Umowie - Umową generalną ubezpieczenia.
- 1.2. Ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy generalnej grupowego ubezpieczenia na życie objęci są pracownicy Piotrkowskich Wodociągów i Kanalizacji Sp. z o.o. oraz członkowie ich rodzin i osoby kontynuujące ubezpieczenie w ramach dotychczasowej umowy.
- 1.3. W kwestiach nieuregulowanych w Umowie generalnej ubezpieczenia mają zastosowanie Ogólne Warunki Ubezpieczenia wskazane w ofercie złożonej w postępowaniu publicznym na grupowe ubezpieczenia na życie dla pracowników Piotrkowskich Wodociągów i Kanalizacji Sp. z o.o. oraz odpowiednie przepisy prawa polskiego.
- 1.4. Zakres ubezpieczenia określony w Umowie generalnej ubezpieczenia jest zakresem minimalnym, wymaganym przez Ubezpieczającego. Jeżeli w oferowanych przez Ubezpieczyciela Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia znajdują się zapisy korzystniejsze dla Ubezpieczającego i Ubezpieczonych i nie zostaną one wyraźnie zastrzeżone przez Ubezpieczyciela przed zakończeniem postępowania o zamówienie publiczne, to zostają automatycznie włączone do Umowy generalnej ubezpieczenia.
- 1.5. Przez wypadek ubezpieczeniowy na potrzeby niniejszej Umowy generalnej ubezpieczenia rozumie się realizację zdefiniowanego w niniejszej Umowie zdarzenia, które skutkuje wypłatą świadczenia przez Ubezpieczyciela.
- 1.6. Przez zakres ubezpieczenia na potrzeby niniejszej Umowy rozumie się co najmniej przewidziany w Umowie generalnej ubezpieczenia katalog zdarzeń.
- 1.7. Umowa generalna ubezpieczenia obejmuje:
  - a) Zdarzenia związane z życiem Ubezpieczonego;
  - b) Zdarzenia związane ze zdrowiem Ubezpieczonego;
  - c) Zdarzenia związane z życiem współubezpieczonych.
- 1.8. Przez składkę jednostkową na potrzeby niniejszej umowy rozumie się wysokość miesięcznej składki oferowanej przez Ubezpieczającego odpowiednio dla każdego z wariantów Umowy.
- 1.9. Przez ratę składki na potrzeby niniejszej umowy rozumie się iloczyn miesięcznych składek jednostkowych dla każdego z wariantów oraz liczby osób ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczenia w ramach każdego z wariantów w danym miesiącu.

##### 2. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU UBEZPIECZENIA

- 2.1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie osób Ubezpieczonych oraz współubezpieczonych.

##### 3. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE CZASU OBOWIĄZYWANIA UMOWY GENERALNEJ UBEZPIECZENIA I OKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

- 3.1. Okres realizacji Umowy generalnej ubezpieczenia ustala się na **36 miesięcy. Umowa zostaje zawarta od dnia 01 stycznia 2018 r. do dnia 31 grudnia 2020 r.**

- 3.2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy złożyli deklaracje przystąpienia do Umowy generalnej ubezpieczenia oraz są wskazani na liście osób przystępujących przed datą początkową - rozpoczyna się od dnia 01.01.2018 r.
- 3.3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy przystąpili do Umowy generalnej ubezpieczenia po dacie początkowej, rozpoczyna się od 1 dnia następnego miesiąca kalendarzowego po złożeniu deklaracji.
- 3.4. Umowa generalna ubezpieczenia wygasa po upływie **36 miesięcy** i zostaje automatycznie rozwiązana bez konieczności składania przez Strony wypowiedzenia.
- 3.5. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do Ubezpieczonych ustaje z ostatnim dniem miesiąca, w którym ustał stosunek prawny z Ubezpieczającym lub z dniem skutecznej rezygnacji z uczestnictwa w Umowie generalnej ubezpieczenia lub z dniem śmierci Ubezpieczonego.
- 3.6. Niezależnie od zapisów pkt. 3.5. powyżej, odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do Ubezpieczonych ustaje lub zostaje ograniczona, po przekroczeniu wieku wskazanego w zapisach dotyczących zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia (Rozdział II Umowy generalnej ubezpieczenia). W przypadku braku wskazania wieku będącego granicą odpowiedzialności ubezpieczyciela w odniesieniu do danego zdarzenia, przyjmuje się że odpowiedzialność Ubezpieczyciela ustaje wyłącznie w sytuacjach podniesionych w pkt 3.5. powyżej.
- 3.7. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela wobec Ubezpieczonego będącego współmałżonkiem/partnerem życiowym lub pełnoletnim dzieckiem pracownika Ubezpieczającego ustaje z końcem miesiąca, w którym pracownik, jako Ubezpieczony został zgłoszony przez Ubezpieczającego jako występujący z ubezpieczenia grupowego.
- 3.8. Ubezpieczyciel przyjmie odpowiedzialność za skutki chorób i wypadków wynikających z niniejszej Umowy, które zostały stwierdzone i/lub zaszły przed początkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela, a powodują nabycie przez Ubezpieczonego prawa do wypłaty świadczenia w okresie obowiązywania niniejszej Umowy. Powyższe uregulowanie nie dotyczy nowo ubezpieczanych członków rodzin - współmałżonków, partnerów życiowych i pełnoletnich dzieci tj. nie objętych ochroną w obowiązującej do dnia 31.12.2017 r. umowie ubezpieczenia grupowego na życie w Piotrkowskich Wodociągach i Kanalizacji Sp. z o.o.

#### **4. ZAKRES TERYTORIALNY**

- 4.1. W odniesieniu do zdarzeń dotyczących życia i zdrowia Ubezpieczonego i współubezpieczonego, Ubezpieczyciel odpowiada za zdarzenia bez względu na miejsce zdarzenia (zakres terytorialny obejmuje następstwa zdarzeń na całym świecie).

#### **5. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE SUMY UBEZPIECZENIA**

- 5.1. Suma ubezpieczenia jest podstawą do określenia wysokości świadczenia dla każdego zdarzenia.
- 5.2. Suma ubezpieczenia dotyczy odrębnie każdego ubezpieczonego.
- 5.3. Suma ubezpieczenia wyczerpuje się wyłącznie w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego.

#### **6. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ**

- 6.1. Miesięczna wysokość składki za jednego Ubezpieczonego, dla każdego z trzech wariantów ochrony ubezpieczeniowej wynika z oferty złożonej przez Ubezpieczyciela w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na grupowe ubezpieczenia na życie dla pracowników Piotrkowskich Wodociągów i Kanalizacji Sp. z o.o. i wynosi:

- 6.1.1. .... zł
  - 6.1.2. .... zł
  - 6.1.3. .... zł.
- 6.2. Składka ubezpieczeniowa z tytułu Umowy generalnej ubezpieczenia będzie płatna w ratach miesięcznych.
  - 6.3. Każdy pracownik przystępujący do ubezpieczenia zadeklaruje co miesięczne potrącanie przez Ubezpieczającego składki jednostkowej na ubezpieczenie z jego wynagrodzenia netto.
  - 6.4. Składka jednostkowa za ubezpieczenie współmałżonków/partnerów życiowych oraz pełnoletnich dzieci, będzie potrącana z wynagrodzenia netto pracownika. Składka jednostkowa będzie wpłacana przez osoby kontynuujące na wskazany rachunek bankowy lub do kasy Zamawiającego.
  - 6.5. Rata składki za wszystkich Ubezpieczonych, którzy przystąpili do ubezpieczenia przekazywana będzie przez Ubezpieczającego przelewem zawierającym nr Umowy generalnej ubezpieczenia lub nadany przez Wykonawcę numer polisy dla każdego z wariantów, na wskazany rachunek bankowy Ubezpieczyciela.
  - 6.6. Wysokość miesięcznej raty składki przekazywanej przez Ubezpieczającego jest iloczynem ilości osób Ubezpieczonych i wysokości miesięcznej składki określonej dla jednego Ubezpieczonego w ramach każdego z wariantów ubezpieczenia w danym miesiącu.
  - 6.7. Rata składki opłacona będzie do 15 dnia miesiąca, za który jest należna, z wyjątkiem pierwszego miesiąca obowiązywania umowy – składka zostanie opłacona najpóźniej do 20 dnia miesiąca (dotyczy stycznia 2018 r.).
  - 6.8. Nieopłacenie raty składki w terminie nie powoduje rozwiązania Umowy generalnej ubezpieczenia ani zawieszenia udzielanej ochrony ubezpieczeniowej. Ubezpieczyciel zobowiązany jest wezwać pisemnie Ubezpieczającego, wyznaczając dodatkowy, co najmniej 14 dniowy termin do zapłaty składki. W przypadku nie dokonania przez Ubezpieczającego wpłaty w dodatkowym, wyznaczonym terminie, Ubezpieczyciel może zawiesić ochronę ubezpieczeniową do momentu opłacenia brakującej składki.
  - 6.9. Ubezpieczający ma prawo złożyć korektę miesięcznego rozliczenia raty składek. Korekta uwzględnia zmianę wysokości raty składki spowodowaną zmianą liczby osób objętych ochroną ubezpieczeniową. Ww. korekta będzie możliwa do przeprowadzenia w terminie 30 dni od daty złożenia rozliczenia wymagającego korekty. Jeżeli w wyniku dokonanej korekty powstanie nadpłata bądź niedopłata miesięcznej raty składki, to rozbieżność w wymaganej wysokości miesięcznej raty składki zostanie skorygowana w terminie najbliższej płatności.
  - 6.10. Jeżeli rata składki miesięcznej za ubezpieczenie przekazana przez Ubezpieczającego jest mniejsza od raty składki należnej nie więcej niż 10%, Ubezpieczyciel uzna ratę składkę za opłaconą w całości na potrzeby wypłaty świadczeń. Ubezpieczający jest zobowiązany uiścić zaistniałą niedopłatę raty składki w terminie najbliższej płatności.

## **7. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE UBEZPIECZAJĄCEGO, UBEZPIECZONEGO, WSPÓLUBEZPIECZONEGO, UPOSAŻONEGO**

- 7.1. Ubezpieczającym na potrzeby niniejszej Umowy jest podmiot zawierający Umowę generalną ubezpieczenia na rzecz Ubezpieczonych.
- 7.2. Ubezpieczony na potrzeby niniejszej Umowy jest to objęty ochroną ubezpieczeniową pracownik, współmałżonek/partner życiowy pracownika, pełnoletnie dziecko pracownika, były pracownik kontynuujący ubezpieczenie w ramach dotychczasowej umowy.

- 7.3. Współubezpieczony na potrzeby niniejszej Umowy jest to współmałżonek/partner życiowy, dziecko, rodzic Ubezpieczonego, rodzic małżonka Ubezpieczonego.
- 7.4. Uposażony na potrzeby niniejszej Umowy jest to osoba wskazana na piśmie przez Ubezpieczonego, jako uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku jego zgonu. W sytuacji, gdy nie wskazano uposażonego świadczenie wchodzi w skład spadku i jest należne prawnie ustanowionym spadkobiercom Ubezpieczonego.

## **8. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE DEFINICJI PRACOWNIKA, WSPÓŁMAŁŻONKA/PARTNERA ŻYCIOWEGO, RODZICA UBEZPIECZONEGO, RODZICA MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO, DZIECKA W ODNIESIENIU DO DEFINICJI UBEZPIECZONEGO I WSPÓLUBEZPIECZONEGO**

- 8.1. Za pracowników Ubezpieczającego uważa się osoby fizyczne zatrudnione przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub na podstawie umowy cywilno-prawnej. Za pracowników uważa się również osoby, które kontynuowały ubezpieczenie w ramach dotychczas funkcjonującej umowy ubezpieczenia.  
**Wykaz tych osób zawiera Załącznik nr 7 do SIWZ – Dane do oceny ryzyka.**
- 8.2. Współmałżonek na potrzeby niniejszej Umowy jest to osoba, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego.
- 8.3. Partner życiowy na potrzeby niniejszej Umowy jest to osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku pozamałżeńskim, niepozostająca z Ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa ani przysposobienia wskazana przez Ubezpieczonego w sposób określony przez Ubezpieczyciela. Ubezpieczony ani partner życiowy nie mogą być w związkach małżeńskich w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego. Partnera wskazać można wyłącznie raz w danym roku polisowym (w rocznicę umowy), a wskazanie partnera życiowego obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym dokonano wskazania.
- 8.4. Dziecko Ubezpieczonego na potrzeby niniejszej Umowy uważa się:  
a) jako współubezpieczony - dziecko własne, przysposobione (w pełni lub częściowo) lub pasierba Ubezpieczonego, (jeżeli nie żyje ojciec lub matka), które w dniu zdarzenia nie ukończyło 18 roku życia, a w razie uczęszczania do szkoły nie ukończyło 25 roku życia lub bez względu na wiek dziecka w razie jego całkowitej niezdolności do pracy, orzeczonej przez prawomocny organ;  
b) jako Ubezpieczony - dziecko własne, przysposobione (w pełni lub częściowo) lub pasierba Ubezpieczonego, (jeżeli nie żyje ojciec lub matka), które w dniu przystępowania do Umowy Generalnej ukończyło 18 rok życia.
- 8.5. Rodzic Ubezpieczonego /rodzic małżonka Ubezpieczonego na potrzeby niniejszej Umowy jest to matka lub ojciec Ubezpieczonego i matka lub ojciec współmałżonka lub partnera życiowego Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego. Za rodzica uznaje się również osobę będącą:  
a) żoną ojca Ubezpieczonego lub wdową po ojcu Ubezpieczonego o ile po śmierci ojca Ubezpieczonego nie wstąpiła ponownie w związek małżeński (macocha);  
b) mężem matki Ubezpieczonego lub wdowcem po matce Ubezpieczonego, o ile po śmierci matki Ubezpieczonego nie wstąpił ponownie w związek małżeński (ojczym).

## **9. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE JURYSDYKCJI**

- 9.1. Prawem właściwym dla Umowy generalnej ubezpieczenia jest prawo polskie.



- 9.2. Spory wynikające w związku z realizacją Umowy generalnej ubezpieczenia, rozstrzygane będą polubownie.
- 9.3. W przypadku braku możliwości rozstrzygnięcia sporu w ciągu 30 dni, spór zostanie poddany pod rozstrzygnięcie przez Sąd właściwy dla siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uposażonego.

## **10. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA I TERMINU ICH WYSTAWIANIA**

- 10.1. Ubezpieczyciel niezależnie od Umowy generalnej ubezpieczenia wystawi niezwłocznie odpowiedni dokument potwierdzający udzielanie ochrony ubezpieczeniowej w okresie wskazanym w Umowie generalnej ubezpieczenia.
- 10.2. Ubezpieczyciel wystawi certyfikaty potwierdzające ochronę ubezpieczeniową, jej zakres oraz wysokość świadczeń w poszczególnych ryzykach albo umożliwi ich wygenerowanie za pośrednictwem odpowiedniego systemu informatycznego, każdemu z Ubezpieczonych nie później niż 30 dni od przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy generalnej ubezpieczenia. Certyfikaty będą każdorazowo aktualizowane w przypadku zmiany zakresu ubezpieczenia, wysokości świadczeń, zmiany danych osobowych Ubezpieczonego lub uposażonego.

## **11. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE FORM KOMUNIKACJI I RAPORTOWANIA**

- 11.1. Ubezpieczyciel wyznaczy jednostkę do technicznej obsługi Umowy generalnej ubezpieczenia (m. in. przyjmowania wniosków ubezpieczeniowych i wystawiania dokumentów potwierdzających ochronę ubezpieczeniową).
- 11.2. Ubezpieczyciel wyznaczy osobę/osoby do kontaktu w sprawach dotyczących Umowy. Ubezpieczyciel zawiadomi o powyższym fakcie Ubezpieczającego i Brokera w treści oferty, umowy lub odrębnym pismem (w terminie 14 dni od podpisania Umowy generalnej ubezpieczenia), przekazując dane teleadresowe wskazanych osób. Ubezpieczyciel każdorazowo będzie powiadamiać Ubezpieczającego i Brokera o zmianach w tym zakresie.
- 11.3. Dopuszczalną formą komunikacji pomiędzy Ubezpieczającym, Ubezpieczonymi pracownikami, Brokerem, a Ubezpieczycielem jest przekazywanie dokumentów osobiście oraz za pośrednictwem poczty, faxu, poczty elektronicznej, z wyjątkiem składania oświadczeń woli o wypowiedzeniu Umowy generalnej ubezpieczenia, które winno być dokonane w formie pisemnej pod rygorem nieważności. Każda ze Stron zachowuje prawo żądania potwierdzenia odbioru przekazanych dokumentów.
- 11.4. Ubezpieczyciel jest zobowiązany w ciągu 30 dni od dnia złożenia wniosku przez Ubezpieczającego lub Brokera do przedstawienia zestawienia zainkasowanej składki ubezpieczeniowej oraz wysokości wypłaconych świadczeń za okres od początku trwania Umowy generalnej ubezpieczenia do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku. Ubezpieczający lub Broker mogą wnioskować o przedstawienie zestawienia nie częściej, niż co 6 miesięcy.
- 11.5. Zestawienie, o którym mowa w pkt 11.4. będzie zawierało następujące informacje: ogólną kwotę wypłaconych świadczeń podzieloną na kwoty częściowe zgodne z poszczególnymi zdarzeniami zawartymi w umowie ubezpieczenia oraz liczbę wypłaconych świadczeń w każdym zdarzeniu.

## **12. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE PRZYSTĘPOWANIA I WYSTĘPOWANIA UBEZPIECZONYCH DO/Z UMOWY GENERALNEJ**

- 12.1. Ubezpieczyciel obejmuje ochroną ubezpieczeniową wszystkie, akceptujące warunki ubezpieczenia osoby, spełniające w dniu podpisania Umowy generalnej ubezpieczenia wymogi Ubezpieczonego.
- 12.2. Ubezpieczyciel obejmuje ochroną ubezpieczeniową wszystkie, akceptujące warunki ubezpieczenia osoby, które spełnią wymogi definicji Ubezpieczonego po dniu podpisania Umowy generalnej ubezpieczenia.
- 12.3. Do Umowy generalnej ubezpieczenia mogą przystąpić osoby, które ukończyły 18 rok życia i nie ukończyły 70 roku życia w chwili przystąpienia do niniejszej Umowy.
- 12.4. Ubezpieczyciel nie będzie wymagał underwrittingu medycznego przed objęciem ochroną ubezpieczeniową, ani wypełniania przez osoby przystępujące do ubezpieczenia ankiet medycznych, ani w inny sposób nie będzie zadawał pytań odnośnie stanu ich zdrowia. Wyjątkiem od powyższego uregulowania jest zgoda na maksymalnie 3 punktowe oświadczenie o stanie zdrowia zawarte w deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, na podstawie którego Ubezpieczyciel podejmie decyzję o objęciu ochroną ubezpieczeniową - tylko w odniesieniu do dotychczas nieubezpieczonych małżonków/partnerów życiowych i pełnoletnich dzieci.
- 12.5. Ubezpieczyciel przyjmie do ubezpieczenia osoby przebywające w szpitalach, na zwolnieniach lekarskich, urlopach macierzyńskich, wychowawczych, urlopach bezpłatnych oraz na rencie inwalidzkiej. Ubezpieczyciel może uzależnić przyjęcie do ubezpieczenia w/w osób od tego, czy były objęte dotychczas funkcjonującą u Ubezpieczającego umową.
- 12.6. Ubezpieczyciel akceptuje termin składania deklaracji przez nowo przystępujące osoby na wymaganych drukach do ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej.
- 12.7. Ubezpieczyciel akceptuje, że do dnia złożenia deklaracji na wymaganych drukach, dokumentem zgłaszającym osoby przystępujące do ubezpieczenia będzie albo lista sporządzona przez Ubezpieczającego zawierająca co najmniej: imię, nazwisko, nr pesel, wariant ubezpieczenia, lub dane Ubezpieczonych zostaną wprowadzone do systemu informatycznego udostępnionego przez Ubezpieczyciela do obsługi umowy i za pośrednictwem aplikacji przekazane do Ubezpieczyciela. W przypadku udostępnienia systemu do obsługi, który umożliwi wydruk deklaracji przystąpienia dla każdego ubezpieczonego, Ubezpieczający uzyska podpis ubezpieczonych na wydrukowanych z systemu deklaracjach.
- 12.8. Złożone przez nowo przystępujące osoby deklaracje będą przekazywane do Ubezpieczyciela (jeżeli tego będzie wymagał) do 15 dnia miesiąca, od którego rozpoczęła się w stosunku do nich ochrona ubezpieczeniowa, z wyjątkiem miesiąca stycznia 2018r., kiedy deklaracje osób przystępujących do ubezpieczenia zostaną przekazane do Ubezpieczyciela najpóźniej do 20 dnia miesiąca.
- 12.9. Ubezpieczony może w każdym czasie trwania niniejszej Umowy, złożyć Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie woli o wystąpieniu z ubezpieczenia, ze skutkiem na koniec miesiąca, w którym nastąpiło złożenie oświadczenia o wystąpieniu z ubezpieczenia.

## **13. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE OKRESU KARENЦИИ DLA UBEZPIECZONYCH PRZYSTĘPUJĄCYCH DO UMOWY**

- 13.1. Za okres karencji na potrzeby niniejszej Umowy uważa się czasowe zawieszenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu określonych zdarzeń.

- 13.2. Ubezpieczyciel akceptuje następujące uregulowania dotyczące okresów karencji:
- 13.2.1. Pracownicy/osoby kontynuujące przystępujący do ubezpieczenia od pierwszego, drugiego bądź trzeciego miesiąca, w którym było to możliwe ze względu na datę podpisania umowy ubezpieczenia, datę zatrudnienia, datę powrotu z urlopu macierzyńskiego, wychowawczego, oraz bezpłatnego – brak karencji w pełnym zakresie ubezpieczenia.
  - 13.2.2. Współmałżonkowie pracowników przystępujący do ubezpieczenia od pierwszego, drugiego bądź trzeciego miesiąca, w którym było to możliwe ze względu na datę podpisania umowy ubezpieczenia, datę zatrudnienia pracownika, datę zawarcia związku małżeńskiego – brak karencji w pełnym zakresie ubezpieczenia.
  - 13.2.3. Partnerzy życiowi pracowników przystępujący do ubezpieczenia w pierwszym miesiącu podpisania umowy ubezpieczenia (od 01.01.2018 r.) - brak karencji w pełnym zakresie ubezpieczenia. Partnerzy życiowi przystępujący do umowy w późniejszym terminie oraz każdorazowo w przypadku zmiany partnera życiowego - partner przystępuje z okresami karencji analogicznymi jak w odniesieniu do osób przystępujących do ubezpieczenia od czwartego miesiąca, zgodnie z poniższym pkt. 13.2.5. SIWZ.
  - 13.2.4. Pełnoletnie dzieci pracowników przystępujące do ubezpieczenia od pierwszego, drugiego bądź trzeciego miesiąca, w którym było to możliwe ze względu na datę podpisania umowy ubezpieczenia, datę zatrudnienia pracownika, datę osiągnięcia pełnoletniości przez dziecko pracownika - brak karencji w pełnym zakresie ubezpieczenia.
  - 13.2.5. Osoby przystępujące do ubezpieczenia od czwartego miesiąca, licząc od miesiąca, w którym było możliwe z uwagi na datę wprowadzenia ubezpieczenia, datę zatrudnienia, datę zawarcia związku małżeńskiego, datę osiągnięcia pełnoletniości przez dziecko pracownika, datę powrotu z urlopu macierzyńskiego, wychowawczego, oraz bezpłatnego:
    - 13.2.5.1. Maksymalnie 9 miesięczny okres karencji dla ryzyk: Urodzenia się dziecka Ubezpieczonego, Urodzenia martwego dziecka.
    - 13.2.5.2. Maksymalnie 6 miesięczny okres karencji dla ryzyk: Zgon Ubezpieczonego, Zgon Ubezpieczonego wskutek zawału serca/udar mózgu, Trwały Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca/udar mózgu, Zgon współmałżonka/partnera życiowego, Zgon dziecka, Osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego, Zgon rodzica/rodzica małżonka Ubezpieczonego, Niezdolność Ubezpieczonego do pracy, Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego.
    - 13.2.5.3. Maksymalnie 3 miesięczny okres karencji dla ryzyk: Poważne zachorowanie Ubezpieczonego, Leczenie specjalistyczne.
    - 13.2.5.4. Maksymalnie 1 miesięczny okres karencji dla ryzyk: Dzielne świadczenie szpitalne Ubezpieczonego, Karta Apteczna.
- 13.3. Okresy karencji nie dotyczą zdarzeń powstałych wskutek wypadku.
- 13.4. Ubezpieczeni mogą zmieniać wariant w każdym czasie trwania umowy, obowiązują karencje zgodnie z pkt. 13.2. powyżej.

#### 14. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI UBEZPIECZENIA

- 14.1. Ubezpieczyciel zapewni prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia każdemu Ubezpieczonemu, który przestanie być uczestnikiem Umowy generalnej ubezpieczenia lub nie przystąpi do nowych warunków zaproponowanych po zakończeniu obowiązywania umowy ubezpieczenia, a także zapewni dożywotnią gwarancję minimalnego zakresu ochrony ubezpieczeniowej bez względu na wiek Ubezpieczonego.
- 14.2. Ubezpieczony uzyskuje prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia w przypadku opłacenia składek jednostkowych za 3 miesiące poprzedzające moment wystąpienia z Umowy generalnej ubezpieczenia. Do okresu stażu zalicza się Ubezpieczonemu nieprzerwany okres ubezpieczenia wynikający z umowy ubezpieczenia funkcjonującej u Ubezpieczającego bezpośrednio przed początkiem odpowiedzialności wynikającej z niniejszej Umowy (ciągłość ubezpieczenia).
- 14.3. Indywidualna kontynuacja ubezpieczenia nieograniczona okresami karencji jest możliwa po złożeniu wniosku o kontynuację przed upływem 3 miesięcy od wystąpienia Ubezpieczonego z Umowy generalnej ubezpieczenia.
- 14.4. Ubezpieczający nie dopuszcza stosowania ankiet medycznych warunkujących przyznanie prawa do kontynuacji, ani stosowania ich przed każdą rocznicą polisy w trakcie indywidualnej kontynuacji. Tym samym Ubezpieczający nie dopuszcza również do uzależniania wysokości sumy lub wysokości składki jednostkowej w ubezpieczeniu indywidualnie kontynuowanym od stanu zdrowia Ubezpieczonego.
- 14.5. Ubezpieczający nie akceptuje w programie Indywidualnej Kontynuacji ograniczenia odpowiedzialności z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu do 70 roku życia Ubezpieczonego.
- 14.6. Minimalny zakres Indywidualnej Kontynuacji:

L.p.	Ryzyka	Wymagane przez Ubezpieczającego minimalne świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
1	Zgon Ubezpieczonego	100%
2	Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku - dodatkowo	100%
3	Trwały Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek wypadku – za 1%	1%
4	Zgon współmałżonka	50%
5	Zgon dziecka	30%
6	Urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu	10%
7	Urodzenie martwego dziecka przez Ubezpieczonego	20%
8	Osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego	40%
9	Zgon rodzica / rodzica małżonka Ubezpieczonego	20%

Maksymalna wysokość jednostkowej składki miesięcznej nie przekroczy 7,00 zł za każdy 1000 zł sumy ubezpieczenia.

- 14.7. Ubezpieczyciel akceptuje, że wszyscy pracownicy, z którymi zostanie rozwiązany stosunek pracy z Ubezpieczającym będą mogli, jeżeli wyrażą zgodę, być nadal uczestnikami programu ubezpieczenia grupowego określonego niniejszym SIWZ, maksymalnie do ukończenia 70 roku życia lub końca okresu ubezpieczenia. Ubezpieczający zobowiązuje się umożliwić tym pracownikom wpłatę jednostkowej składki ubezpieczeniowej na wskazane przez niego konto oraz przekazywać ratę składki należną w danym miesiącu łącznie za wszystkie osoby Ubezpieczone. Jeżeli pracownik opłaca jednostkowe składki za członka rodziny, również te

osoby zostają w umowie ubezpieczenia grupowego (dotyczy również przypadku szczególnego – możliwość pozostawania w grupie członków rodziny po zgonie ubezpieczonego pracownika). Po ukończeniu 70 roku życia przez Ubezpieczonego/członka rodziny lub zakończeniu okresu ubezpieczenia, osobom tym przysługuje prawo do kontynuacji zgodnie z zakresem określonym w pkt. 14.6. i zasadami określonymi w pkt. 14.

## **15. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE WARIANTÓW I ICH ZAKRESU**

- 15.1. Ochroną ubezpieczeniową w dowolnie wybranym wariantcie, objęci zostaną akceptujący warunki ubezpieczenia pracownicy Piotrkowskich Wodociągów i Kanalizacji Sp. z o.o. oraz współmałżonkowie/partnerzy życiowi i pełnoletnie dzieci pracowników Piotrkowskich Wodociągów i Kanalizacji Sp. z o.o. i osoby kontynuujące ubezpieczone w dotychczasowej umowie ubezpieczenia.
- 15.2. Akceptujący warunki ubezpieczenia współmałżonek/partner życiowy oraz pełnoletnie dziecko pracownika będą objęci ochroną ubezpieczeniową w takim samym wariantcie i na takich samych warunkach jak pracownik.

## **16. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE REALIZACJI UMOWY I WYPŁATY ŚWIADCZEŃ PRZEZ UBEZPIECZYCIELA**

- 16.1. Ubezpieczyciel stwierdzi zasadność wypłaty świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, współmałżonka/partnera życiowego, zgon rodziców/teściów, zgon dziecka oraz urodzenia się dziecka i wypłaci świadczenie maksymalnie w ciągu 7 dni roboczych od dnia dostarczenia pełnej dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia roszczenia.
- 16.2. Świadczenia z tytułu innych zdarzeń niż określone w pkt 16.1. Ubezpieczyciel wypłaci w ciągu 30 dni roboczych od daty zgłoszenia roszczenia. W przypadku, gdy wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego albo wysokości zobowiązania okazało się niemożliwe, Ubezpieczyciel realizuje zobowiązania w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
- 16.3. Świadczenia zostaną wypłacone na indywidualny rachunek bankowy Ubezpieczonego lub przekazem pocztowym na wskazany adres.
- 16.4. Ubezpieczyciel zorganizuje komisje lekarskie oraz badania lekarskie na terenie miasta Piotrkowa Trybunalskiego – lokalizacji siedziby Piotrkowskich Wodociągów i Kanalizacji Sp. z o.o. lub najbliższej miejsca zamieszkania Ubezpieczonego pracownika lub członka jego rodziny.
- 16.5. Ubezpieczający dopuszcza możliwość zaocznego orzekania na podstawie przedstawionej dokumentacji medycznej. W przypadku braku akceptacji wysokości orzeczonego w ten sposób świadczenia, Ubezpieczonym przysługuje prawo do ponownej weryfikacji medycznej przed komisją lekarską.
- 16.6. Ubezpieczyciel ma obowiązek za każdym razem określić i udostępnić Ubezpieczonemu wykaz pełnej dokumentacji, niezbędnej do realizacji świadczenia.
- 16.7. W przypadku, gdy zajście wypadku powoduje powstanie odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego z więcej niż jednego zdarzenia Ubezpieczonego ujętego w Umowie generalnej ubezpieczenia, świadczenie ze wszystkich zdarzeń zostanie wypłacone w pełnej wysokości bez zastosowania potrąceń lub wyłączeń przewidzianych Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia Ubezpieczyciela.

## **17. LICZEBNOŚĆ GRUPY OBJĘTEJ OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ**

- 17.1. Struktura zatrudnionych pracowników Piotrkowskich Wodociągów i Kanalizacji Sp. z o.o. oraz Ubezpieczonych członków rodzin przedstawiona jest w **Załączniku nr 7** do SIWZ – Dane do oceny ryzyka.
- 17.2. Ubezpieczający nie gwarantuje, że wszyscy pracownicy Ubezpieczającego skorzystają z możliwości przystąpienia do Umowy generalnej ubezpieczenia.
- 17.3. Zmiana liczby Ubezpieczonych w okresie trwania umowy ubezpieczenia nie będzie miała wpływu na fakt obowiązywania umowy ubezpieczenia ani na wysokość składki za jednego Ubezpieczonego w okresie trwania umowy ubezpieczenia.
- 17.4. Ubezpieczający, na podstawie dotychczasowego poziomu uczestnictwa w programie ubezpieczeń grupowych, przewiduje objęcie ochroną nie mniej **niż 50% struktury** zatrudnionych pracowników.
- 17.5. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w ramach trzech wariantów ubezpieczenia, z uwzględnieniem minimalnej liczby osób wymaganych do uruchomienia wariantu na poziomie **10 osób Ubezpieczonych**.

## **18. ZMIANA FORMY PRAWNEJ LUB NAZWY UBEZPIECZAJĄCEGO**

- 18.1. W przypadku wprowadzenia zmian nazwy, kompetencji, zakresu działań i wielkości struktury Ubezpieczającego wynikających ze zmian uregulowań organizacyjnych, administracyjnych lub prawnych, Ubezpieczający zobowiązuje się poinformować o tym fakcie Ubezpieczyciela w terminie 30 dni od daty wprowadzenia zmiany.
- 18.2. Ubezpieczyciel zobowiązuje się do nieprzerwanego kontynuowania ochrony ubezpieczeniowej dla wszystkich ryzyk opisanych w SIWZ oraz do wystawienia odpowiednich dokumentów do umów ubezpieczenia potwierdzających stan aktualny.

## **ROZDZIAŁ II**

### **ZAKRES UBEZPIECZENIA**

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje trzy warianty:
  - 1.1. **Wariant I, II i III:**
    - 1.1.1. Zgon Ubezpieczonego
    - 1.1.2. Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku
    - 1.1.3. Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego
    - 1.1.4. Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku w trakcie wykonywania czynności zawodowych
    - 1.1.5. Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego w trakcie wykonywania czynności zawodowych
    - 1.1.6. Zgon Ubezpieczonego wskutek zawału serca / udaru mózgu
    - 1.1.7. Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały wskutek wypadku
    - 1.1.8. Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały wskutek zawału serca / udaru mózgu
    - 1.1.9. Zgon współmałżonka/partnera życiowego
    - 1.1.10. Zgon współmałżonka/partnera życiowego wskutek wypadku
    - 1.1.11. Zgon dziecka
    - 1.1.12. Urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu
    - 1.1.13. Urodzenie martwego dziecka

- 1.1.14. Osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego
- 1.1.15. Zgon rodzica / rodzica małżonka Ubezpieczonego
- 1.1.16. Dzielne świadczenie szpitalne Ubezpieczonego
- 1.1.17. Poważne zachorowanie Ubezpieczonego
- 1.1.18. Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego
- 1.1.19. Niezdolność Ubezpieczonego do pracy
- 1.1.20. Karta Apteczna
- 1.1.21. Leczenie specjalistyczne.

- 1. W Umowie generalnej ubezpieczenia obowiązują następujące wysokości świadczeń: (wysokości świadczeń zostaną podane na podstawie oferty złożonej przez Ubezpieczyciela w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na grupowe ubezpieczenia na życie dla pracowników Piotrkowskich Wodociągów i Kanalizacji Sp. z o.o. )

....

## **I. ZDARZENIA ZWIĄZANE Z ŻYCIEM UBEZPIECZONEGO**

### **1. ZGON UBEZPIECZONEGO**

- 1.1. Za zgon Ubezpieczonego na potrzeby niniejszej Umowy uważa się śmierć Ubezpieczonego bez względu na przyczynę, jeżeli nastąpiła w okresie obowiązywania odpowiedzialności Ubezpieczyciela wynikającej z niniejszej Umowy.
- 1.2. Wypłata świadczenia z tytułu Zgonu Ubezpieczonego nie będzie pomniejszona o wcześniej wypłacone wysokości świadczeń z tytułu innych zdarzeń objętych odpowiedzialnością w niniejszej umowie ubezpieczenia np.: Trwałego Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek wypadku lub Trwałego Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca/ udaru mózgu, Poważnego zachorowania Ubezpieczonego.
- 1.3. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA  
Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jedynie w przypadku, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało w bezpośrednim następstwie:
  - a) działań wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
  - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
  - c) popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa przed upływem 6 miesięcy od przystąpienia do niniejszej Umowy - jeżeli śmierć nastąpiła w wyniku samobójstwa to Ubezpieczyciel zaliczy do okresu wyłączenia odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku samobójstwa staż Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy funkcjonującej u Ubezpieczającego
  - d) popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa.

### **2. ZGON UBEZPIECZONEGO WSKUTEK WYPADKU**

- 2.1. Za zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku na potrzeby niniejszej Umowy uważa się niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, zdarzenie mające miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, jeżeli jego bezpośrednim skutkiem będzie śmierć Ubezpieczonego. Za zgon Ubezpieczonego wskutek

nieszczęśliwego wypadku uważa się zgon, który nastąpił bez względu na czas, który upłynął pomiędzy zdarzeniem powodującym nieszczęśliwy wypadek, a zgonem w wyniku tego zdarzenia, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a zgonem Ubezpieczonego.

2.2. Wypłata świadczenia z tytułu Zgonu Ubezpieczonego wskutek wypadku nie będzie pomniejszona o wcześniej wypłacone wysokości świadczeń z tytułu Trwałego Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek wypadku lub Trwałego Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca/ udaru mózgu.

### 2.3. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jedynie w przypadku, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało w bezpośrednim następstwie:

- a) działań wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
- b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach;
- c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
- d) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień do prowadzenia tego pojazdu lub gdy Ubezpieczony prowadził pojazd po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, a także po zażyciu środków odurzających lub narkotyków, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii - o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia;
- e) zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych w rozumieniu prawa o przeciwdziałaniu narkomanii,
- f) uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi bez względu na to przez kogo były wykonywane, chyba że były wykonywane, jako leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;
- g) popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa przed upływem 6 miesięcy od przystąpienia do niniejszej Umowy - Ubezpieczyciel zaliczy do okresu wyłączenia odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku samobójstwa staż Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy funkcjonującej u Ubezpieczającego;
- h) samookaleczenia.

## 3. ZGON UBEZPIECZONEGO WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

3.1. Za zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego na potrzeby niniejszej Umowy, uważa się niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, zdarzenie mające miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, jeżeli jego bezpośrednim skutkiem będzie śmierć Ubezpieczonego. Za zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego uważa się zgon, który nastąpił bez względu na czas, który upłynął pomiędzy zdarzeniem powodującym nieszczęśliwy wypadek, a zgonem w wyniku tego zdarzenia, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a zgonem Ubezpieczonego.



3.2. Za wypadek komunikacyjny uważa się nieszczęśliwy wypadek wywołany w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony, jako kierujący, członek załogi, pasażer, pieszy lub rowerzysta. Za wypadek komunikacyjny w ruchu powietrznym uważa się wypadek wywołany eksploatacją pasażerskiego statku powietrznego koncesjonowanych linii lotniczych.

### 3.3. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jedynie w przypadku, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało w bezpośrednim następstwie:

- a) działań wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
- b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach;
- c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
- d) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień do prowadzenia tego pojazdu lub gdy Ubezpieczony prowadził pojazd po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, a także po zażyciu środków odurzających, narkotyków, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii - o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia;
- e) zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub substancji zastępczych w rozumieniu prawa o przeciwdziałaniu narkomanii;
- f) uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi bez względu na to, przez kogo były wykonywane, chyba, że były wykonywane, jako leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;
- g) popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa przed upływem 6 miesięcy od przystąpienia do niniejszej Umowy - jeżeli śmierć nastąpiła w wyniku samobójstwa to Ubezpieczyciel zaliczy do okresu wyłączenia odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku samobójstwa staż Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy funkcjonującej u Ubezpieczającego.
- h) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego, który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu – o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia;
- i) samookaleczenia.

## 4. ZGON UBEZPIECZONEGO WSKUTEK WYPADKU W TRAKCIE WYKONYWANIA CZYNNOŚCI ZAWODOWYCH

4.1. Za zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku w trakcie wykonywania czynności zawodowych na potrzeby niniejszej Umowy, uważa się niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, zdarzenie mające miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, jeżeli jego bezpośrednim skutkiem będzie śmierć Ubezpieczonego. Za zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku w trakcie wykonywania czynności zawodowych uważa się zgon, który nastąpił bez względu na czas, który upłynął pomiędzy zdarzeniem powodującym nieszczęśliwy wypadek, a zgonem w wyniku tego zdarzenia, o ile

z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a zgonem Ubezpieczonego.

4.2. Za wypadek w trakcie wykonywania czynności zawodowych uważa się nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w związku z pracą:

- a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego zwykłych czynności lub poleceń przełożonych w ramach stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego;
- b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności na rzecz pracodawcy nawet bez polecenia;
- c) w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy, a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy;
- d) w czasie podróży służbowej;
- e) przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające w zakładzie pracy organizacje zawodowe.

#### 4.3. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jedynie w przypadku, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało w bezpośrednim następstwie:

- a) działań wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
- b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach;
- c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
- d) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień do prowadzenia tego pojazdu lub gdy Ubezpieczony prowadził pojazd po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, a także po zażyciu środków odurzających, narkotyków, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii - o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia;
- e) zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu prawa o przeciwdziałaniu narkomanii;
- f) uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi bez względu na to, przez kogo były wykonywane, chyba że były wykonywane, jako leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;
- g) wykonywania przez Ubezpieczonego pracy bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa;
- h) popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa przed upływem 6 miesięcy od przystąpienia do niniejszej Umowy - jeżeli śmierć nastąpiła w wyniku samobójstwa to Ubezpieczyciel zaliczy do okresu wyłączenia odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku samobójstwa staż Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy funkcjonującej u Ubezpieczającego;
- i) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego, który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu - o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia;
- j) samookaleczenia.

## **5. ZGON UBEZPIECZONEGO WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO W TRAKCIE WYKONYWANIA CZYNNOŚCI ZAWODOWYCH**

- 5.1. Za zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego w trakcie wykonywania czynności zawodowych na potrzeby niniejszej Umowy, uważa się niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, zdarzenie mające miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, jeżeli jego bezpośrednim skutkiem będzie śmierć Ubezpieczonego. Za zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego w trakcie wykonywania czynności zawodowych uważa się zgon, który nastąpił bez względu na czas, który upłynął pomiędzy zdarzeniem powodującym nieszczęśliwy wypadek, a zgonem w wyniku tego zdarzenia, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a zgonem Ubezpieczonego.
- 5.2. Za wypadek komunikacyjny w trakcie wykonywania czynności zawodowych, uważa się nieszczęśliwy wypadek wywołany w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony, jako kierujący, członek załogi, pasażer, pieszy lub rowerzysta, w czasie wykonywania pracy. Za wypadek komunikacyjny w trakcie wykonywania czynności zawodowych w ruchu powietrznym, uważa się wypadek wywołany eksploatacją pasażerskiego statku powietrznego koncesjonowanych linii lotniczych.
- 5.3. Za wypadek w czasie pracy uważa się nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w związku z pracą:
- a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego zwykłych czynności lub poleceń przełożonych w ramach stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego;
  - b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności na rzecz pracodawcy nawet bez polecenia;
  - c) w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy, a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy;
  - d) w czasie podróży służbowej;
  - e) przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające w zakładzie pracy organizacje zawodowe.
- 5.4. **OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA**  
Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jedynie w przypadku, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało w bezpośrednim następstwie:
- a) działań wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
  - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach;
  - c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
  - d) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień do prowadzenia tego pojazdu lub gdy Ubezpieczony prowadził pojazd po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, a także po zażyciu środków odurzających, narkotyków, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii - o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia;

- e) zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu prawa o przeciwdziałaniu narkomanii;
- f) uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi bez względu na to, przez kogo były wykonywane, chyba że były wykonywane, jako leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;
- g) popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa przed upływem 6 miesięcy od przystąpienia do niniejszej Umowy - jeżeli śmierć nastąpiła w wyniku samobójstwa to Ubezpieczyciel zaliczy do okresu wyłączenia odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku samobójstwa staż Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy funkcjonującej u Ubezpieczającego;
- h) wykonywania przez Ubezpieczonego pracy bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa;
- i) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego, który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu – o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia;
- j) samookaleczenia.

## **6. ZGON UBEZPIECZONEGO WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU**

- 6.1. Za zgon Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu na potrzeby niniejszej Umowy, uważa się zgon, który nastąpił niezależnie od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu zdefiniowany w diagnozie lekarskiej, jeżeli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu, a zgonem Ubezpieczonego.
- 6.2. Za zawał serca uważa się martwicę części mięśnia sercowego spowodowaną nagłym zmniejszeniem dopływu krwi do tej części mięśnia sercowego, potwierdzone przez standardowe procedury medyczne.
- 6.3. 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.
- 6.4. Ochrona udzielana przez Ubezpieczyciela z tytułu zgonu Ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu nie dotyczy zgonu Ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, jeżeli zawał serca lub udar mózgu wystąpiły już (były zdiagnozowane lub leczone) przed zawarciem umowy ubezpieczenia na rzecz danego Ubezpieczonego.
- 6.5. W stosunku do osób, które bezpośrednio przed zawarciem na ich rzecz umowy ubezpieczenia objęte były umową grupowego ubezpieczenia na życie, przewidującą w swym zakresie ryzyko zgonu Ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność dodatkowo w zakresie zgonu Ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, jeżeli zawał serca lub udar mózgu wystąpił w okresie obowiązywania na rzecz danego Ubezpieczonego poprzedniej określonej powyżej umowy ubezpieczenia.

6.6. Wypłata świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego wskutek zawału serca / udaru mózgu nastąpi bez względu na okres, jaki upłynął pomiędzy zgonem Ubezpieczonego, a dniem wystąpienia zawału serca / udaru mózgu będącego przyczyną zgonu Ubezpieczonego.

#### 6.7. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jedynie w przypadku, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało w bezpośrednim następstwie:

- a) działań wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
- b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach;
- c) popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa przed upływem 6 miesięcy od przystąpienia do niniejszej Umowy - jeżeli śmierć nastąpiła w wyniku samobójstwa to Ubezpieczyciel zaliczy do okresu wyłączenia odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku samobójstwa staż Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy funkcjonującej u Ubezpieczającego;
- d) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa.

### 7. OSIEROCENIE DZIECKA PRZEZ UBEZPIECZONEGO

7.1. Za osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego na potrzeby niniejszej Umowy, uważa się osierocenie dziecka wskutek zgonu Ubezpieczonego, który nastąpił przed dniem ukończenia przez dziecko 18 roku życia, a w razie uczęszczania do szkoły przed ukończeniem 25 roku życia lub bez względu na wiek dziecka w razie jego całkowitej niezdolności do pracy, orzeczonej przez prawomocny organ.

#### 7.2. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jedynie w przypadku, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało w bezpośrednim następstwie:

- a) działań wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
- b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach;
- c) popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa przed upływem 6 miesięcy od przystąpienia do Umowy - jeżeli śmierć nastąpiła w wyniku samobójstwa to Ubezpieczyciel zaliczy do okresu wyłączenia odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku samobójstwa staż Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy funkcjonującej u Ubezpieczającego;
- d) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa.

7.3. Świadczenie przysługuje każdemu z dzieci Ubezpieczonego.

## II. ZDARZENIA ZWIĄZANE Z ŻYCIEM WSPÓLUBEZPIECZONYCH

## **1. ZGON WSPÓŁMAŁŻONKA / PARTNERA ŻYCIOWEGO**

- 1.1. Za zgon współmałżonka/partnera życiowego na potrzeby niniejszej Umowy, uważa się zgon bez względu na przyczynę, który nastąpił w okresie obowiązywania Umowy generalnej ubezpieczenia.
- 1.2. Za współmałżonka uważa się osobę, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego.
- 1.3. Za partnera życiowego uważa się osobę, która pozostaje z Ubezpieczonym w związku pozamałżeńskim, niepozostającą z Ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa ani przysposobienia, wskazaną przez Ubezpieczonego w formie określonej przez Ubezpieczyciela. Ubezpieczony oraz partner życiowy Ubezpieczonego nie mogą pozostawać w związkach małżeńskich w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego.
- 1.4. Ubezpieczający nie dopuszcza do ograniczania odpowiedzialności Ubezpieczyciela co do ilości/wartości wypłaconych świadczeń z tytułu Zgonu współmałżonka/partnera życiowego.
- 1.5. **OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA**  
Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jedynie w przypadku, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało w bezpośrednim następstwie:
  - a) działań wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
  - b) czynnego i dobrowolnego udziału współubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach.

## **2. ZGON WSPÓŁMAŁŻONKA / PARTNERA ŻYCIOWEGO WSKUTEK WYPADKU**

- 2.1. Za zgon współmałżonka/partnera życiowego na potrzeby niniejszej Umowy, uważa się zgon bez względu na przyczynę, który nastąpił w okresie obowiązywania Umowy generalnej ubezpieczenia.
- 2.2. Za współmałżonka uważa się osobę, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego.
- 2.3. Za partnera życiowego uważa się osobę, która pozostaje z Ubezpieczonym w związku pozamałżeńskim, niepozostającą z Ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa ani przysposobienia, wskazaną przez Ubezpieczonego w formie określonej przez Ubezpieczyciela. Ubezpieczony oraz partner życiowy Ubezpieczonego nie mogą pozostawać w związkach małżeńskich w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego.
- 2.4. Za zgon współmałżonka/partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku na potrzeby niniejszej Umowy, uważa się niezależne od woli i stanu zdrowia, zdarzenie mające miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, jeżeli jego bezpośrednim skutkiem będzie śmierć współmałżonka/partnera życiowego, a z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a zgonem współubezpieczonego.
- 2.5. Ubezpieczający nie dopuszcza do ograniczania odpowiedzialności Ubezpieczyciela co do ilości/wartości wypłaconych świadczeń z tytułu Zgonu współmałżonka/partnera życiowego wskutek wypadku.
- 2.6. **OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA**  
Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jedynie w przypadku, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało w bezpośrednim następstwie:
  - a) działań wojennych lub czynnego udziału współubezpieczonego w aktach terroryzmu;

- b) czynnego i dobrowolnego udziału współubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach;
- c) popełnienia przez współubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
- d) prowadzenia przez współubezpieczonego pojazdu mechanicznego, jeżeli współubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień do prowadzenia tego pojazdu lub gdy współubezpieczony prowadził pojazd po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, a także po zażyciu środków odurzających, narkotyków, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii - o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia;
- e) zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu prawa o przeciwdziałaniu narkomanii;
- f) uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi bez względu na to przez kogo były wykonywane, chyba że były wykonywane, jako leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku.

### **3. ZGON DZIECKA**

- 3.1. Za zgon dziecka na potrzeby niniejszej Umowy, uważa się zgon dziecka bez względu na przyczynę w okresie obowiązywania Umowy generalnej ubezpieczenia.
- 3.2. Za dziecko uważa się dziecko własne, przysposobione (w pełni lub częściowo) lub pasierba Ubezpieczonego, (jeżeli nie żyje ojciec lub matka), które w dniu zdarzenia nie ukończyło 25 roku życia, lub bez względu na wiek dziecka w razie jego całkowitej niezdolności do pracy, orzeczonej przez prawomocny organ.
- 3.3. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA  
Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jedynie w przypadku, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało w bezpośrednim następstwie:
  - a) działań wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
  - b) czynnego i dobrowolnego udziału współubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach.

### **4. ZGON RODZICA / RODZICA MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO**

- 4.1. Za zgon matki lub ojca Ubezpieczonego i zgon matki lub ojca współmałżonka lub partnera życiowego Ubezpieczonego na potrzeby niniejszej Umowy, uważa się zgon matki lub ojca Ubezpieczonego i zgon matki lub ojca współmałżonka lub partnera życiowego Ubezpieczonego bez względu na przyczynę w okresie obowiązywania Umowy generalnej ubezpieczenia.
- 4.2. Za rodzica w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego uznaje się osobę będącą w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:
  - a) matkę lub żonę ojca Ubezpieczonego lub wdowę po ojcu Ubezpieczonego, o ile po śmierci ojca Ubezpieczonego nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
  - b) ojca lub męża matki Ubezpieczonego lub wdowca po matce Ubezpieczonego, o ile po śmierci matki Ubezpieczonego nie wstąpił ponownie w związek małżeński.
- 4.3. Ubezpieczający nie dopuszcza do ograniczania odpowiedzialności Ubezpieczyciela co do ilości/wartości wypłaconych świadczeń z tytułu Zgonu rodzica / rodzica małżonka Ubezpieczonego.

#### 4.4. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jedynie w przypadku, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało w bezpośrednim następstwie:

- a) działań wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
- b) czynnego i dobrowolnego udziału współubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach.

#### 5. URODZENIE SIĘ DZIECKA UBEZPIECZONEMU

5.1. Za urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu na potrzeby niniejszej Umowy, uważa się urodzenie żywego dziecka potwierdzone aktem urodzenia wystawionym przez Urząd Stanu Cywilnego, w którym Ubezpieczony wymieniony jest, jako rodzic tego dziecka. Za urodzenie się dziecka uważa się, także przysposobienie dziecka.

5.2. Kwota świadczenia należna jest za każde dziecko urodzone w okresie obowiązywania Umowy generalnej ubezpieczenia.

5.3. W przypadku przysposobienia dziecka, jako datę urodzenia dziecka uważa się datę wydania przez sąd postanowienia o przysposobieniu.

#### 6. URODZENIE MARTWEGO DZIECKA

6.1. Za urodzenie martwego dziecka Ubezpieczonemu (zgon noworodka Ubezpieczonego) na potrzeby niniejszej Umowy, uważa się dziecko martwo urodzone, jeżeli urodzenie zostało zarejestrowane we właściwym Urzędzie Stanu Cywilnego, a Ubezpieczonemu został wydany akt urodzenia z odpowiednią adnotacją.

6.2. Kwota świadczenia należna jest za każde dziecko martwo urodzone w okresie obowiązywania Umowy generalnej ubezpieczenia.

### III. ZDARZENIA ZWIĄZANE ZE ZDROWIEM UBEZPIECZONEGO

#### 1. TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO POWSTAŁY WSKUTEK WYPADKU

1.1. Za nieszczęśliwy wypadek na potrzeby niniejszej Umowy, uważa się wypadek niezależny od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, który miał miejsce w okresie obowiązywania niniejszej Umowy, wywołany przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, jeżeli jego bezpośrednim skutkiem będzie trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego.

1.2. Za trwały uszczerbek na potrzeby niniejszej umowy uważa się, trwałe nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji. W razie uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone przed wypadkiem ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.

#### 1.3. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jedynie w przypadku, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało w bezpośrednim następstwie:

- a) działań wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
- b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach;



- c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
  - d) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień do prowadzenia tego pojazdu lub gdy Ubezpieczony prowadził pojazd po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, a także po zażyciu środków odurzających, narkotyków, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii - o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia;
  - e) zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu prawa o przeciwdziałaniu narkomanii;
  - f) uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi bez względu na to, przez kogo były wykonywane, chyba że były wykonywane, jako leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;
  - g) samookaleczenia.
- 1.4. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
- 1.5. Ubezpieczający nie dopuszcza ograniczeń w formie minimalnych wartości trwałego uszczerbku na zdrowiu, powyżej których będzie następowała wypłata świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.
- 1.6. Wysokość świadczenia uzależniona jest od procentowego stopnia uszczerbku i płatna jest od, co najmniej pierwszego procenta uszczerbku. Za 1 % uszczerbku przysługuje określona w Umowie generalnej ubezpieczenia kwota świadczenia. Stopień trwałego uszczerbku ustalany jest po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji przez lekarza.
- 1.7. Ubezpieczający nie dopuszcza do wygaśnięcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z dniem ustalenia przez komisję lekarską 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, w wyniku jednego bądź wielu wypadków w odniesieniu do tego Ubezpieczonego.
- 1.8. Trwały uszczerbek na zdrowiu musi się ujawnić maksymalnie w 24 miesiącu od daty nieszczęśliwego wypadku.

## **2. TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO POWSTAŁY WSKUTEK ZAWAŁU SERCA /UDARU MÓZGU**

- 2.1. Za trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały wskutek zawału serca lub udaru mózgu na potrzeby niniejszej Umowy, uważa się trwały uszczerbek, jeżeli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu, a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego.
- 2.2. Za zawał serca uważa się udowodnioną martwicę kardiomiocytów w sytuacji klinicznej, odpowiadającą ostremu niedokrwieniu mięśnia sercowego. Zawał serca można rozpoznać w każdej z następujących sytuacji:
- a) wzrost i/lub spadek wartości biomarkera sercowego (troponiny sercowej [cTn] lub CK-MB, z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99 centyl górnej granicy przedziału wartości referencyjnych oraz co najmniej jedno z poniższych:
  - b) objawy podmiotowe niedokrwienia mięśnia sercowego;
  - c) nowe lub przypuszczalnie nowe istotne zmiany odcinka ST i załamka T (ST-T) lub nowy blok lewej odnogi pęczka Hisa (LBBB);

- d) wystąpienie patologicznych załamków Q w elektrokardiogramie (EKG);
  - e) stwierdzenie w badaniu obrazowym nowego obszaru nieżywotnego mięśnia sercowego lub nowej nieprawidłowości odcinkowej ruchomości ściany serca;
  - f) wykrycie zakrzepu w tętnicy wieńcowej za pomocą angiografii.
- 2.3. 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.
- 2.4. Za trwały uszczerbek na potrzeby niniejszej umowy, uważa się trwałe nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji. W razie uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone przed wypadkiem ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
- 2.5. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA
- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jedynie w przypadku, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało w bezpośrednim następstwie:
- a) działań wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
  - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach;
  - c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
  - d) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień do prowadzenia tego pojazdu lub gdy Ubezpieczony prowadził pojazd po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, a także po zażyciu środków odurzających, narkotyków, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii - o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia;
  - e) zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu prawa o przeciwdziałaniu narkomanii;
  - f) uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi bez względu na to przez kogo były wykonywane, chyba że były wykonywane jako leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku.
- 2.6. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
- 2.7. Ubezpieczający nie dopuszcza ograniczeń w formie minimalnych wartości trwałego uszczerbku na zdrowiu, powyżej których będzie następowała wypłata świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.
- 2.8. Wysokość świadczenia uzależniona jest od procentowego stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu i płatna jest od, co najmniej pierwszego procenta uszczerbku. Za 1 % uszczerbku przysługuje określona w Umowie generalnej ubezpieczenia kwota świadczenia. Stopień trwałego uszczerbku ustalany jest po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji przez lekarza.

- 2.9. Ubezpieczający nie dopuszcza wygaśnięcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z dniem ustalenia przez komisję lekarską 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, w wyniku jednego bądź wielu wypadków w odniesieniu do tego Ubezpieczonego.
- 2.10. W stosunku do osób, które bezpośrednio przed zawarciem na ich rzecz umowy ubezpieczenia objęte były umową grupowego ubezpieczenia na życie, obejmującą swym zakresem trwałe uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały wskutek zawału serca lub udaru mózgu, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, jeżeli zawał serca lub udar mózgu powodujący trwałe uszczerbek wystąpił w okresie obowiązywania na rzecz danego Ubezpieczonego wcześniejszej umowy ubezpieczenia.
- 2.11. Trwałe uszczerbek na zdrowiu musi się ujawnić maksymalnie w 24 miesiącu od daty zawału serca/ udaru mózgu.

### **3. DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE UBEZPIECZONEGO**

#### **3.1. Definicje:**

- 3.1.1. Za szpital na potrzeby niniejszej Umowy uważa się, działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych. Za szpital nie uważa się domów opieki społecznej, zakładów psychiatrycznych, hospicjów, ośrodków leczenia uzależnień, ośrodków sanatoryjnych, uzdrowiskowych i rehabilitacyjnych oraz szpitali więziennych.
- 3.1.2. Za Oddział Intensywnej Opieki Medycznej OIOM (Oddział Intensywnej Terapii OIT) na potrzeby niniejszej umowy uważa się, wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia, objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym i nadzorem lekarzy specjalistów przez 24 godziny na dobę. Zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt, umożliwiający całodobowe monitorowanie i wspomaganie czynności życiowych, przeznaczonych do leczenia chorych w stanach zagrożenia życia.
- 3.1.3. Za pobyt w szpitalu na potrzeby niniejszej Umowy uważa się każdorazowy, co najmniej jednodobowy pobyt w szpitalu.
- 3.1.4. Za rekonwalescencje na potrzeby niniejszej Umowy uważa się, trwający nieprzerwanie pobyt ubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim bezpośrednio po 14 dniowym pobycie w szpitalu.
- 3.1.5. Za chorobę na potrzeby niniejszej Umowy rozumie się stan organizmu stwierdzony przez lekarza, polegający na nieprawidłowej reakcji organów lub narządów, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu Ubezpieczonego, niezależne od jego woli, powodujące konieczność leczenia szpitalnego.
- 3.1.6. Za nieszczęśliwy wypadek na potrzeby niniejszej Umowy uważa się niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, zdarzenie mające miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym.
- 3.1.7. Za nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny uważa się nieszczęśliwy wypadek wywołany w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony, jako kierujący, członek załogi, pasażer, pieszy lub rowerzysta. Za nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny w ruchu powietrznym uważa się wypadek wywołany eksploatacją pasażerskiego statku powietrznego koncesjonowanych linii lotniczych.

3.1.8. Za nieszczęśliwy wypadek w trakcie wykonywania czynności zawodowych uważa się nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w związku z pracą:

- a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego zwykłych czynności lub poleceń przełożonych w ramach stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego;
- b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności na rzecz pracodawcy nawet bez polecenia;
- c) w czasie pozostawiania Ubezpieczonego w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy, a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy;
- d) w czasie podróży służbowej;
- e) przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające w zakładzie pracy organizacje zawodowe.

3.1.9. Za nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny w pracy uważa się wypadek wywołany w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony, jako kierujący, członek załogi, pasażer, pieszy lub rowerzysta, w czasie wykonywania pracy. Za nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny w pracy w ruchu powietrznym uważa się wypadek wywołany eksploatacją pasażerskiego statku powietrznego koncesjonowanych linii lotniczych.

3.1.10. Za zawał serca uważa się udowodnioną martwicę kardiomiocytów w sytuacji klinicznej, odpowiadającą ostremu niedokrwieniu mięśnia sercowego. Zawał serca można rozpoznać w każdej z następujących sytuacji:

- a) wzrost i/lub spadek wartości biomarkera sercowego (troponiny sercowej [cTn] lub CK-MB, z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. centyl górnej granicy przedziału wartości referencyjnych oraz co najmniej jedno z poniższych:
- b) objawy podmiotowe niedokrwienia mięśnia sercowego;
- c) nowe lub przypuszczalnie nowe istotne zmiany odcinka ST i załamka T (ST-T) lub nowy blok lewej odnogi pęczka Hisa (LBBB);
- d) wystąpienie patologicznych załamek Q w elektrokardiogramie (EKG);
- e) stwierdzenie w badaniu obrazowym nowego obszaru nieżywego mięśnia sercowego lub nowej nieprawidłowości odcinkowej ruchomości ściany serca;
- f) wykrycie zakrzepu w tętnicy wieńcowej za pomocą angiografii.

3.1.11. Za udar mózgu uważa się nagłe, ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych, wywołane wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi, jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi. Konieczne jest przedstawienie dowodów na utrwalone ubytki neurologiczne.

3.2. Zasady wypłaty świadczenia szpitalnego – zgodnie z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczyciela, ale w znaczeniu nie węższym jak:

3.2.1. Dzielne świadczenie szpitalne Ubezpieczonego realizowane jest poprzez:

3.2.1.1. pobyt w szpitalu spowodowany chorobą trwający co najmniej 3 dni,

3.2.1.2. pobyt w szpitalu spowodowany wypadkiem, wypadkiem komunikacyjnym, wypadkiem w trakcie wykonywania czynności zawodowych, wypadkiem

komunikacyjnym w trakcie wykonywania czynności zawodowych, trwający minimum 1 dzień. Za pobyt w szpitalu spowodowany wypadkiem, wypadkiem komunikacyjnym, wypadkiem w trakcie wykonywania czynności zawodowych, wypadkiem komunikacyjnym w trakcie wykonywania czynności zawodowych, rozumie się pobyt, który rozpoczął się nie później niż 30 dni po wystąpieniu nieszczęśliwego wypadku.

3.2.1.3. pobyt w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu, trwający co najmniej 3 dni. Za pobyt w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu rozumie się pobyt, który rozpoczął się nie później niż 30 dni po wystąpieniu zawału serca lub udaru mózgu.

3.2.1.4. pobyt na OIOM/OIT trwający nieprzerwanie, co najmniej 48 godzin w trakcie pobytu w szpitalu.

3.2.1.5. rekonwalescencje - trwający nieprzerwanie pobyt Ubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim bezpośrednio po 14 dniowym pobycie w szpitalu, wydanym przez oddział szpitalny, w którym odbywało się leczenie szpitalne Ubezpieczonego.

3.2.2. Limit maksymalnego pobytu w szpitalu, za który wypłacane jest świadczenie wynosi 180 dni w każdym roku polisowym. Dzień przyjęcia i wypisu liczą się, jako dni pełne.

3.2.3. Ubezpieczający ustanawia min. okres 5 dni, za który jest płacone świadczenie z tytułu przebywania na OIOM/OIT. Jeżeli Ubezpieczyciel w swoich Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia przewiduje wypłatę w formie świadczenia jednorazowego (ryczałt) - Ubezpieczający dopuszcza zastosowanie takiego rozwiązania.

3.2.4. W przypadku rekonwalescencji odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do pierwszych 30 dni po danym pobycie w szpitalu, maksymalnie do 90 dni w roku polisowym.

3.2.5. Ubezpieczony może zgłosić roszczenie z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego:

3.2.5.1. niezwłocznie po zakończeniu pobytu w szpitalu;

3.2.5.2. w trakcie pobytu w szpitalu, po 30 lub 60 dniu tego pobytu.

### 3.3. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jedynie w przypadku, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało w bezpośrednim następstwie:

- a) działań wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
- b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach;
- c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
- d) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień do prowadzenia tego pojazdu lub gdy Ubezpieczony prowadził pojazd po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, a także po zażyciu środków odurzających, narkotyków, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii - o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia;

- e) zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu prawa o przeciwdziałaniu narkomanii;
- f) uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi bez względu na to, przez kogo były wykonywane, chyba, że były wykonywane, jako leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;
- g) padaczki, z wyłączeniem padaczki objawowej będącej objawem innej choroby,
- h) leczenia chorób umysłowych i zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego;
- i) chorób spowodowanych obniżeniem odporności organizmu w przebiegu zakażenia wirusem HIV chyba, że zakażenie nastąpiło w wyniku transfuzji krwi lub w wyniku wykonywania czynności służbowych;
- j) leczenia i zabiegów stomatologicznych chyba, że wynikają one z konieczności leczenia obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
- k) w wyniku ciąży (z wyjątkiem zdiagnozowanej ciąży wysokiego ryzyka), w wyniku porodu (z wyjątkiem zdiagnozowanego porodu o przebiegu patologicznym), w wyniku połogu (z wyjątkiem zdiagnozowanych komplikacji połogów stanowiących zagrożenie dla życia kobiety);
- l) poddania się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba, że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku jakiemu uległ Ubezpieczony w okresie obowiązywania niniejszej Umowy;
- ł) wykonywania Ubezpieczonemu rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie jest choroba lub obrażenia ciała Ubezpieczonego.

3.4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu pobytu w hospicjach, placówkach leczenia odwykowego, placówkach dla przewlekle chorych, w zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładach leczenia uzdrowiskowego, w sanatoriach, w prewentoriach, szpitalach uzdrowiskowych, ośrodkach rehabilitacyjnych oraz oddziałach rehabilitacyjnych (z wyłączeniem pobytu w szpitalu w celu rehabilitacji, koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, pod warunkiem, że pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, związany był z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą, bezpośrednio poprzedzający rehabilitację objęty był odpowiedzialnością Ubezpieczyciela).

3.5. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za hospitalizacje, które wystąpiły w okresie objętym ochroną ubezpieczenia, a które mogły być również następstwem wypadków, chorób lub stanów chorobowych występujących począwszy od dnia, w którym po raz pierwszy istniała odpowiedzialność za pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w ramach uprzednio funkcjonujących umów ubezpieczenia.

3.6. Ubezpieczyciel nie może odmówić wypłaty świadczenia, powołując się na fakt pobytu w szpitalu związanego z wadą wrodzoną lub schorzeniem będącym jej skutkiem.

#### **4. POWAŻNE ZACHOROWANIE UBEZPIECZONEGO**

4.1. Za wystąpienie poważnego zachorowania uważa się:

4.1.1. zdiagnozowanie – w przypadku: bakteryjnego zapalenia wsierdza, choroby Creutzfeldta-Jakoba, choroby Huntingtona, choroby neuronu ruchowego, choroby Parkinsona, nowotworu złośliwego, łagodnego guza mózgu, przewlekłego zapalenia wątroby, sepsy,

stwardnienia rozsianego, udaru, utraty słuchu lub utraty wzroku nie spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, zawału serca, astmy (dychawicy) oskrzelowej, paraliżu, śpiączki,

- 4.1.2. zajście nieszczęśliwego wypadku – w przypadku: oparzeń oraz utraty słuchu, utraty mowy, utraty wzroku, tężca, paraliżu, śpiączki, wścieklizny i zgorzeli gazowej spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem,
- 4.1.3. hospitalizacje – w przypadku: bakteryjnego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, boreliozy, śpiączki, odkleszczowego wirusowego zapalenia mózgu oraz tężca, wścieklizny i zgorzeli gazowej nie spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem,
- 4.1.4. specjalistycznego leczenia – w przypadku: anemii aplastycznej – regularnego przyjmowania leków immunosupresyjnych lub przeszczepu szpiku kostnego, gruźlicy – leczenia przeciwpłatkowego, niewydolności nerek – stałej dializoterapii lub przeszczepu nerki,
- 4.1.5. przeprowadzenia operacji – w przypadku: bąblowca mózgu, chirurgicznego leczenia choroby naczyń wieńcowych – by-pass, choroby aorty, masywnego zatoru tętnicy płucnej leczonego operacyjnie, ropnia mózgu, transplantacji organów, utraty kończyny wskutek choroby, wady serca, zakażonej martwicy trzustki,
- 4.1.6. zakażenia – w przypadku: zakażenia wirusem HIV.

#### 4.2. DEFINICJE WYMAGANYCH JEDNOSTEK CHOROBY

- 4.2.1. Za anemię aplastyczną uważa się taką chorobę, która oznacza przewlekłą i nieodwracalną niewydolność szpiku, powodującą łączne wystąpienie spadku liczby krwinek czerwonych, krwinek białych i płytek krwi, oraz powodującą konieczność regularnego przyjmowania leków immunosupresyjnych lub przeszczepu szpiku kostnego; rozpoznanie musi być oparte na wynikach biopsji szpiku kostnego.
- 4.2.2. Za bąblowiec mózgu uważa się taką chorobę, która oznacza usuniętą chirurgicznie zmianę mózgu, składającą się z pojedynczych lub mnogich larw typu echinococcus (pęcherz bąblowcowy), potwierdzona w rozpoznaniu histopatologicznym.
- 4.2.3. Za chirurgiczne leczenie naczyń wieńcowych by-pass uważa się przeprowadzenie u Ubezpieczonego z objawami niewydolności naczyń wieńcowych operacji w celu korekty zwężenia lub zamknięcia, co najmniej jednej tętnicy wieńcowej, poprzez wytworzenie przepływu omijających (by – pass) z użyciem przeszczepów naczyniowych.
- 4.2.4. Za chorobę Creutzfeldta-Jakoba uważa się klinicznie rozpoznaną za życia ubezpieczonego chorobę, przez specjalistę neurologa, powodującą niemożność wykonywania przez osobę ubezpieczoną minimum trzech z pięciu podanych poniżej czynności życia codziennego:
  - a) poruszania się w domu – poruszania się pomiędzy pomieszczeniami w domu – bez konieczności pomocy osoby drugiej,
  - b) kontrolowania czynności fizjologicznych – samokontroli w zakresie oddawania kału i moczu oraz utrzymywanie higieny osobistej,
  - c) ubierania się – samodzielnego ubierania i rozbierania się – bez konieczności pomocy osoby drugiej,
  - d) mycia i toalety – samodzielnego wykonywania czynności związanych z myciem i higieną osobistą – bez konieczności pomocy osoby drugiej,
  - e) jedzenia – wszystkich czynności związanych z samodzielnym jedzeniem gotowych posiłków.

- 4.2.5. Za masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie uważa się zator, który oznacza usunięcie świeżej skrzepliny z pnia tętnicy płucnej poprzez jego nacięcie (tzw. embolektomia chirurgiczna) w trakcie zabiegu operacyjnego wykonanego w trybie pilnym z powodu ostrego zatoru tętnicy płucnej;
- 4.2.6. Za niewydolność nerek uważa się taką niewydolność, która oznacza końcowe stadium niewydolności nerek w postaci nieodwracalnego upośledzenia czynności obydwu nerek, w następstwie, czego doszło do konieczności regularnego, stałego stosowania dializ lub przeprowadzenia operacji przeszczepienia nerki.
- 4.2.7. Za nowotwór złośliwy uważa się taki nowotwór, który oznacza chorobę objawiającą się obecnością złośliwego guza (tzn. takiego, który nie jest otoczony torebką i charakteryzuje się zdolnością do naciekania tkanek i do tworzenia odległych przerzutów). Pod pojęciem nowotworu złośliwego określa się również białaczkę oraz złośliwe schorzenia układu limfatycznego, takie jak ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina) i chłoniaki nieziarniczne. Rozpoznanie nowotworu złośliwego musi być zweryfikowane badaniem histopatologicznym.

Z zakresu Ubezpieczenia zostają wyłączone:

- a) wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym;
  - b) wszystkie guzy, gdzie po badaniu histopatologicznym stwierdzono stan przednowotworowy lub przedinwazyjny;
  - c) nowotwory wykazujące zmiany typu carcinoma in situ;
  - d) choroba Hodgkina w pierwszym stadium;
  - e) nowotwory będące objawem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV.
- 4.2.8. Za odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu – uważa się chorobę przenoszoną przez kleszcze, przebiegającą z różnorodnymi objawami neurologicznymi, skutkującymi koniecznością hospitalizacji, potwierdzoną badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego. Rozpoznanie choroby powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A84) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego.
- 4.2.9. Za ropień mózgu uważa się taki stan chorobowy który oznacza usuniętą chirurgicznie zmianę w mózgu opisaną w rozpoznaniu histopatologicznym jako ropień mózgu.
- 4.2.10. Za sepsę uważa się chorobę, charakteryzującą się uogólnioną reakcją zapalną, powstającą w przebiegu zakażenia meningokokowego lub pneumokokowego, powikłaną niewydolnością wielonarządową; przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów, do których zaliczamy ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątrobę.
- 4.2.11. Za tężec uważa się chorobę, charakteryzującą się wzmożoną pobudliwością i kurczliwością mięśni, leczoną w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, która przebiegała klinicznie w postaci uogólnionej i którą wywołała neurotoksyna produkowana przez laseczki tężca (*Clostridium tetani*).
- 4.2.12. Za udar mózgu uważa się taki udar, który oznacza nagłe ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych, wywołane wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi, jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi. Konieczne jest przedstawienie dowodów na utrwalone ubytki neurologiczne.



- 4.2.13. Za wściekliznę uważa się chorobę, leczoną w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, której istotą jest ostre zapalenie mózgu i rdzenia wywołane przez wirusa wścieklizny (Rabies virus).
- 4.2.14. Za zakażenie wirusem HIV będące powikłaniem transfuzji krwi uważa się tylko takie zakażenie wirusem HIV, będące powikłaniem transfuzji krwi wykonanej u osoby niechorującej na hemofilię, potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją.
- 4.2.15. Za zakażenie wirusem HIV będące następstwem wykonywania obowiązków zawodowych uważa się tylko takie zakażenie wirusem HIV, będące następstwem bezpośredniego wykonania obowiązków zawodowych lub pełnoobjawowe AIDS będące następstwem zakażenia wirusem HIV podczas wykonywania obowiązków zawodowych, potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją.
- 4.2.16. Za zawał serca uważa się udowodnioną martwicę kardiomiocytów w sytuacji klinicznej, odpowiadającą ostremu niedokrwieniu mięśnia sercowego. Zawał serca można rozpoznać w każdej z następujących sytuacji:
- wzrost i/lub spadek wartości biomarkera sercowego (troponiny sercowej [cTn] lub CK-MB, z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. centyl górnej granicy przedziału wartości referencyjnych oraz co najmniej jedno z poniższych:
  - objawy podmiotowe niedokrwienia mięśnia sercowego;
  - nowe lub przypuszczalnie nowe istotne zmiany odcinka ST i załamka T (ST-T) lub nowy blok lewej odnogi pęczka Hisa (LBBB);
  - wystąpienie patologicznych załamków Q w elektrokardiogramie (EKG);
  - stwierdzenie w badaniu obrazowym nowego obszaru nieżywego mięśnia sercowego lub nowej nieprawidłowości odcinkowej ruchomości ściany serca;
  - wykrycie zakrzepu w tętnicy wieńcowej za pomocą angiografii.
- 4.2.17. Za zgorzel gazową uważa się chorobę, leczoną w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanego w dokumentacji medycznej ciężkiego zakażenia przyrannego, przebiegającego z rozległym obrzękiem, martwicą mięśni, wytwarzaniem gazu w tkankach oraz towarzyszącymi ogólnymi objawami toksemii, spowodowanego przez bakterie: Clostridium perfringens, Clostridium Novyi (oedematiens) lub Clostridium septicum.
- 4.2.18. Za boreliozę uważa się chorobę, która oznacza krętkowicę przenoszoną przez kleszcze przebiegającą z różnorodnymi objawami narządowymi, między innymi ze zmianami skórnymi objawiającymi się rumieniem, zapaleniem stawów, zapaleniem mięśnia sercowego oraz różnorodnymi objawami neurologicznymi i skutkującą koniecznością leczenia szpitalnego. Zdiagnozowanie choroby skutkujące hospitalizacją powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 69.2) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem swobodnego badania immunologicznego.
- 4.2.19. Za operację aorty uważa się chirurgiczne leczenie choroby aorty polegające na zastąpieniu części aorty przez przeszczep (graft). Przez aortę rozumie się jedynie aortę piersiową i brzuszna, a nie jej dalsze odgałęzienia.
- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w przypadku:
- gdy do operacji aorty doszło w związku z przebyłym urazem,

- b) jakiegokolwiek innego, niż wyżej wymieniony rodzaj operacji, zabiegu dotyczącego aorty,
  - c) operacji innego niż piersiowy lub brzuszny odcinka aorty,
  - d) przezskórnej implantacji stentu – graftu do aorty bez otwierania klatki piersiowej i/lub jamy brzusznej.
- 4.2.20. Za gruźlicę uważa się chorobę zakaźną spowodowaną prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*) z zajęciem mięszu płucnego lub drzewa tchawiczno-oskrzelowego bądź też opłucnej, węzłów chłonnych klatki piersiowej, układu moczowo-płciowego, kości i stawów, opon mózgowych. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem badania bakteriologicznego bądź histologicznego i decyzją o wdrożeniu leczenia przeciwprątkowego.
- 4.2.21. Za przewlekłe zapalenie wątroby uważa się chorobę, która oznacza potwierdzone badaniem biopsyjnym zapalenie wątroby w następstwie zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B lub C, w którym wyznaczniki procesu zapalnego utrzymują się ponad 6 miesięcy.
- 4.2.22. Za utratę kończyn uważa się taką utratę kończyny wskutek choroby, która oznacza amputację, co najmniej jednej kończyny wskutek choroby:
- a) powyżej nadgarstka – w zakresie kończyn górnych;
  - b) powyżej stawu skokowego – w zakresie kończyn dolnych.
- 4.2.23. Za utratę słuchu uważa się całkowitą obustronną utratę zdolności słyszenia i rozróżniania dźwięków. Rozpoznanie musi być potwierdzone obuusznym ubytkiem słuchu powyżej 90 dB. W celu potwierdzenia utraty słuchu konieczne jest przeprowadzenie specjalistycznego badania audiometrycznego lub słuchowych potencjałów wywołanych.
- 4.2.24. Za wadę serca uważa się chorobę, która oznacza zastawkową wadę serca wymagającą wymiany chorobowo zmienionej naturalnej zastawki bądź zastawek serca z wszczepieniem protezy zastawkowej; rozpoznanie musi być oparte na dokumentacji potwierdzającej przebyłą w trakcie odpowiedzialności operację wszczepienia jednej lub więcej protez zastawkowych; Odpowiedzialność nie obejmuje zabiegów rekonstrukcji nieprawidłowo pracujących elementów zastawek naturalnych.
- 4.2.25. Za chorobę neuronu ruchowego uważa się chorobę, która oznacza postępującą chorobę zwyrodnieniową układu nerwowego spowodowaną wybiórczym uszkodzeniem neuronów ruchowych – obwodowego i ośrodkowego. Podstawą rozpoznania postawionego przez specjalistę w zakresie neurologii jest obraz kliniczny i wynik badania elektromiografii (EMG).
- 4.2.26. Za chorobę Huntingtona uważa się chorobę, która oznacza postępującą chorobę ośrodkowego układu nerwowego, rozpoznaną przez specjalistę w zakresie neurologii, w oparciu o dostępne w tym zakresie metody diagnostyczne.
- 4.2.27. Za bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych uważa się chorobę, która oznacza rozpoznaną na podstawie badania ogólnego płynu mózgowo-rdzeniowego i dodatniego posiewu płynu mózgowo-rdzeniowego, leczoną w warunkach szpitalnych, ostrą chorobę zakaźną.
- 4.2.28. Za zakażoną martwicę trzustki uważa się chorobę, która oznacza pierwszorazowe wykonanie operacji chirurgicznej, polegającej na laparotomii i nekrektomii, czyli otwarciu jamy brzusznej i usunięciu martwiczych tkanek okołotrzustkowych lub trzustki

u osoby, u której rozpoznano zakażenie tych tkanek w przebiegu ostrego zapalenia trzustki.

4.2.29. Za bakteryjne zapalenie wsierdza uważa się chorobę, która oznacza pozaszpitalne infekcyjne zapalenie wsierdza (IZW) u osoby z własnymi zastawkami serca i bez ciał obcych w układzie sercowo-naczyniowym, rozpoznane w oparciu o obowiązujące kryteria medyczne przez specjalistę w zakresie chorób wewnętrznych lub kardiologii. Z odpowiedzialności wyłączone są przypadki tej choroby zdiagnozowane u osób z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca;

4.2.30. Za stwardnienie rozsiane uważa się takie stwardnienie, które oznacza przewlekłą chorobę charakteryzującą się występowaniem ubytkowych objawów neurologicznych powstałych

w wyniku rozsianych zmian demielinizacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym, przebiegającą z okresami rzutów i remisji lub o przebiegu postępującym. Rozpoznanie musi być postawione na podstawie:

- a) badania podmiotowego, w którym stwierdza się co najmniej dwa odrębne w czasie rzuty choroby (oddzielone od siebie okresami dłuższymi niż 30 dni);
- b) badania przedmiotowego, w którym stwierdza się co najmniej dwa objawy ubytkowe z odrębnych części ośrodkowego układu nerwowego;
- c) badania rezonansu magnetycznego (MRI), w którym stwierdza się obraz charakterystyczny dla stwardnienia rozsianego;

Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie.

4.2.31. Za oparzenia uważa się takie oparzenia, które wymagają hospitalizacji i obejmują:

- a) ponad 60 % powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie lub
- b) ponad 15 % powierzchni ciała – dla oparzeń III stopnia.

Konieczne jest przedstawienie karty informacyjnej leczenia szpitalnego ze szczegółowym określeniem stopnia oparzenia i procentu oparzonej powierzchni ciała.

4.2.32. Za przeszczep narządów/transplantację organów uważa się leczenie operacyjne polegające na przeszczepieniu jednego lub kilku z następujących narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego: wątroby, nerki, trzustki, jelita cienkiego, serca, płuc, szpiku kostnego, pod warunkiem wykonania tego zabiegu na terenie RP lub za granicą na podstawie decyzji działającego na terenie RP ośrodka transplantologii.

4.2.33. Za utratę wzroku uważa się taką utratę wzroku w następstwie choroby lub urazu, która oznacza obuoczną, nie poddającą się korekcji utratę ostrości wzroku poniżej 5/50 lub obuoczne ograniczenie pola widzenia poniżej 20. W celu potwierdzenia utraty wzroku konieczne jest przeprowadzenie specjalistycznego badania okulistycznego oraz statycznego badania pola widzenia.

4.2.34. Za łagodny guz mózgu uważa się guzy 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 krwiałków, torbieli, cyst, ziarniniaków, malformacji naczyniowych, guzów przysadki lub rdzenia kręgowego.

4.2.35. Za chorobę Parkinsona uważa się taką chorobę, która oznacza przewlekłe schorzenie układu pozapiramidowego, spowodowane pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zmniejszenia liczby neuronów produkujących, dopaminę, którego następstwem jest wystąpienie, co najmniej dwóch

z trzech klasycznych objawów osiowych choroby, tj. drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego, plastycznego wzmożenia napięcia mięśniowego (sztywności mięśniowej), zmniejszających się po zastosowaniu leków stymulujących układ dopaminergiczny. Zakres ochrony nie obejmuje wszelkich postaci parkinsonizmu wtórnego (objawowego).

4.2.36. Za astmę (dychawicę) oskrzelową uważa się chorobę, która oznacza schyłkową niewydolność płuc spowodowaną przez przewlekłe choroby układu oddechowego. Diagnoza musi być potwierdzona wynikami badań wykazującymi spełnienie wszystkich poniższych warunków:

- a) wynik FEV1, który jest mniejszy niż 1 litr,
- b) konieczność stosowania przewlekłej terapii tlenem z powodu obniżonego poziomu utlenowania krwi (hipoksemii),
- c) wynik badania gazometrycznego krwi tętnicznej potwierdzający ciśnienie tlenu mniej niż 55 mm Hg (PaO<sub>2</sub> równe lub mniej niż 55 mmHg),
- d) występowanie duszności spoczynkowej.

Diagnoza musi być potwierdzona przez lekarza pulmonologa.

4.2.37. Za utratę mowy uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę mowy w następstwie resekcji krtani lub przewlekłej choroby krtani, o ile stan całkowitej utraty mowy trwa nieprzerwanie powyżej 6 miesięcy.

4.2.38. Za śpiączkę uważa się stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres, co najmniej 96 godzin. Dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę z zakresu neurologii. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z użycia alkoholu i innych substancji odurzających.

4.2.39. Za paraliż uważa się całkowitą i trwałą utratę funkcji dwóch lub więcej kończyn spowodowaną urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu rozpoznaną przez neurologa. Ubezpieczenie obejmuje utratę funkcji kończyn określaną jako porażenie obustronne (diplegia), porażenie połowicze (hemiplegia), porażenie czterokończynowe (tetraplegia lub quadriplegia).

4.3. Ubezpieczyciel gwarantuje jednorazową wypłatę świadczenia za wystąpienie każdej z ciężkich chorób objętych zakresem ubezpieczenia w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego ponownie tej samej ciężkiej choroby Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego kolejnej ciężkiej choroby objętej zakresem ubezpieczenia Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, o ile choroba ta nie jest następstwem wystąpienia ciężkiej choroby, z tytułu, której Ubezpieczyciel wypłacił Ubezpieczonemu świadczenie.

4.4. Ubezpieczyciel nie może wymagać minimalnego okresu czasu, jaki musi upłynąć pomiędzy wystąpieniem 2 różnych ciężkich zachorowań, aby została uznana odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

4.5. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za wszystkie stany chorobowe, które wystąpiły w okresie objętym ochroną ubezpieczenia, a które mogły być również następstwem chorób lub stanów chorobowych występujących począwszy od dnia, w którym po raz pierwszy istniała odpowiedzialność za dany stan chorobowy u konkretnego Ubezpieczonego w ramach uprzednio

funkcjonujących umów ubezpieczenia. Wysokość świadczenia zgodnie z aktualną umową ubezpieczenia w dniu diagnozy poważnego zachorowania.

- 4.6. W przypadku zdarzenia polegającego na przeszczepie nerki i odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu spełnienia definicji ciężkiej choroby zgodnie z pkt. 4.2.6 i 4.2.32, Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie.

## **5. NIEZDOLNOŚĆ UBEZPIECZONEGO DO PRACY**

- 5.1. Trwała i całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej w dowolnym zawodzie, będącą rezultatem nieszczęśliwego wypadku lub choroby powstałych w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Trwała niezdolność do pracy oznacza, że zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania przez ubezpieczonego zdolności do pracy.
- 5.2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do Ubezpieczonego zostaje ograniczona w dniu rocznicy polisy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 60 rok życia do niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem.

## **6. KARTA APTECZNA**

- 6.1. Świadczenie na pokrycie kosztów zakupów leków. Warunkiem wypłaty świadczenia jest uzyskanie prawa do świadczenia z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego. Świadczenie realizowane jest trzykrotnie w każdym rocznym okresie ubezpieczenia w wysokości wskazanej przez Ubezpieczyciela w ofercie złożonej w postępowaniu publicznym na grupowe ubezpieczenia na życie dla pracowników Piotrkowskich Wodociągów i Kanalizacji Sp. z o.o. i jest wypłacane gotówkowo (wypłata świadczenia pieniężnego na konto Ubezpieczonego) lub bezgotówkowo (odbiór leków w aptecce na podstawie wydanej „karty aptecznej”).

## **7. OPERACJE CHIRURGICZNE UBEZPIECZONEGO**

- 7.1. Zabieg chirurgiczny wykonany w placówce medycznej bądź w warunkach ambulatoryjnych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez lekarza o specjalności zabiegowej w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym niezbędny z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów wypadku lub choroby.
- 7.2. Zakres operacji chirurgicznych obejmuje wykaz operacji przedstawionych przez Ubezpieczyciela w ofercie złożonej w postępowaniu publicznym na grupowe ubezpieczenia na życie dla pracowników Piotrkowskich Wodociągów i Kanalizacji Sp. z o.o.. Wykaz operacji zawiera co najmniej 400 zabiegów operacyjnych, które mogą być podzielone na klasy ze zróżnicowaną wysokością świadczenia.
- 7.3. Wysokość świadczenia z tytułu przebytego zabiegu nie może być niższa niż 10% sumy ubezpieczenia lub jeżeli ogólne warunki Ubezpieczyciela określają inny % sumy ubezpieczenia jako minimalny, wysokość świadczenia za operacje z najniższej klasy (grupy) w wykazie operacji nie będzie niższa niż: 400,00 zł w Wariancie I, 600,00 zł. w Wariancie II i 650,00 zł. w Wariancie III.
- 7.4. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za wszystkie operacje chirurgiczne objęte zakresem ubezpieczenia, które przeprowadzono w okresie odpowiedzialności, nawet jeżeli przyczyną operacji były stany chorobowe lub wypadki, które wystąpiły przed zawarciem niniejszej Umowy.

- 7.5. Ubezpieczyciel nie może ograniczać wypłaty świadczenia jeżeli analogiczny zabieg został już wcześniej przeprowadzony u Ubezpieczonego lub Ubezpieczony podlegał wcześniej hospitalizacji związanej z tym stanem chorobowym.
- 7.6. Ubezpieczyciel nie może uzależniać wypłaty świadczenia z tytułu operacji chirurgicznych od minimalnego okresu pobytu w szpitalu w związku z przeprowadzoną operacją.
- 7.7. Ubezpieczyciel nie może ograniczyć wysokości świadczenia należnego z tytułu operacji chirurgicznej, jeżeli operacja została przeprowadzona metodą endoskopową.

## **8. LECZENIE SPECJALISTYCZNE UBEZPIECZONEGO**

8.1. Leczenie specjalistyczne – przeprowadzenie u ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności leczenia specjalistycznego, niezależnie od czasu pobytu w placówce medycznej. Leczenie specjalistyczne polega na:

- a) podaniu pierwszej dawki leku – w przypadku chemioterapii i terapii interferonowej,
- b) podaniu pierwszej dawki promieniowania jonizującego – w przypadku radioterapii,
- c) wszczepieniu kardiowertera/defibrylatora,
- d) wszczepieniu rozrusznika serca,
- e) wykonaniu ablacji.

8.2. Definicje:

- 8.2.1. ablacja – zabieg wykonywany za pomocą prądu o częstotliwości radiowej w celu leczenia zaburzeń rytmu serca,
- 8.2.2. chemioterapia – metoda systemowego leczenia choroby nowotworowej za pomocą przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego z grupy leków L według klasyfikacji ATC podanego drogą pozajelitową,
- 8.2.3. kardiowerter/defibrylator – urządzenie elektroniczne z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną wszczepiane chorym, którzy mają poważne zaburzenia rytmu pochodzenia komorowego lub epizody nagłego zatrzymania krążenia,
- 8.2.4. radioterapia – leczenie choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego,
- 8.2.5. rozrusznik serca (stymulator serca, kardiostymulator) – urządzenie elektroniczne służące do pobudzania rytmu serca, wszczepiane do ciała chorego,
- 8.2.6. terapia interferonowa – podawanie drogą pozajelitową interferonu, jako metoda leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C.

*Umowa generalna ubezpieczeń oraz inne materiały i treści dotyczące ubezpieczeń, w zakresie i sposobie formułowania, wykraczającym poza bezwzględnie obowiązujące uregulowania prawa i Ogólne Warunki Ubezpieczenia funkcjonujące w Towarzystwach Ubezpieczeniowych, stanowią wyłączną własność intelektualną Biura Brokerów Ubezpieczeniowych Maxima Fides Sp. z o. o. i podlegają ochronie na podstawie przepisów ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (tekst jednolity Dz. U.2017 poz. 880 ze zm.).*

*Naruszenie praw autorskich Biura Brokerów Ubezpieczeniowych Maxima Fides sp. z o. o. w postaci kopiowania, powielania, udostępniania bez zgody autorów w celu innym niż wynikający z niniejszej SIWZ będzie skutkowało sankcjami karnymi oraz wystąpieniem na drodze cywilnoprawnej (wystąpienie z roszczeniem cywilnoprawnym przeciwko podmiotowi, który naruszył prawo).*

### **III. OFERTY CZĘŚCIOWE**

Zamawiający nie dopuszcza składania ofert częściowych.

### **IV. OFERTY WARIANTOWE**

Zamawiający nie dopuszcza składania ofert wariantowych.

### **V. PODWYKONAWCY**

Wykonawca ma obowiązek wskazania w ofercie części zamówienia, którą zamierza powierzyć podwykonawcom – brak ww. informacji oznaczać będzie, iż całość zamówienia będzie realizowana przez Wykonawcę.

### **VI. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

Zamawiający informuje, że ochrona ubezpieczeniowa obowiązywać będzie w pełnym zakresie ubezpieczenia w okresie od 01.01.2018 r. do 31.12.2020 r.

Umowa ubezpieczenia zostanie zawarta i będzie wykonywana za pośrednictwem brokera ubezpieczeniowego – Biuro Brokerów Ubezpieczeniowych „Maxima Fides” Sp. z o.o., z siedzibą w Łodzi przy ul. Gdańskiej 91, wpisanym do rejestru przedsiębiorców prowadzonym przez Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia XX Wydział Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000047653, Zezwolenie PUNU na prowadzenie działalności brokerskiej nr 220/97.

Wykonawca przyjmuje do wiadomości, że czynności realizowane w niniejszym postępowaniu przez Brokera mają charakter czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego oraz akceptuje skutki, jakie z tego faktu wynikają z ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym (Dz.U. 2014r. poz. 1450 ze zm.) oraz powszechnie utrwalonych w obrocie gospodarczym obyczajów.

### **VII. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ORAZ OPIS SPOSOBU DOKONYWANIA OCENY ICH SPEŁNIANIA**

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy nie podlegają wykluczeniu oraz spełniają warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego.

1. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy spełniają warunki dotyczące:  
**1) kompetencji lub uprawnień do prowadzenia określonej działalności zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów:**

Wykonawca jest zobowiązany wykazać, że prowadzi działalność stanowiącą przedmiot niniejszego zamówienia tzn. prowadzi działalność ubezpieczeniową w myśl ustawy z dnia 11 września 2015r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. 2017r. poz. 1170) w zakresie nie mniejszym niż opisany w niniejszej SIWZ.

- 2) znajdowania się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

#### **3) niezbędnej wiedzy i doświadczenia;**

a) Wykonawca w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy to w tym okresie, zrealizował bądź realizuje usługi ochrony ubezpieczeniowej na rzecz co najmniej 3 podmiotów, polegające na ubezpieczeniu grupowym pracowników, przez okres co najmniej 2 lat (ciąg pełnych 24 miesięcy) dla grupy co najmniej 200 ubezpieczonych każda usługa - **Załącznik nr 4** do SIWZ.

Zamawiający dokona oceny spełnienia warunków udziału w postępowaniu na podstawie oświadczeń lub dokumentów, na zasadzie spełnia, nie spełnia.

## 2. Przesłanki wykluczenia wykonawców

Z postępowania o udzielenie zamówienia wyklucza się wykonawcę w stosunku, do którego zachodzi którakolwiek z okoliczności - dotyczy art. 24 ust. 1 pkt 12 - 23 ustawy Pzp. Zamawiający przewiduje wykluczenie Wykonawcy w zakresie podstaw określonych w art. 24 ust. 5 pkt 1), 4) ustawy Pzp.

Wykluczenie Wykonawcy następuje w przypadkach, o których mowa w art. 24 ust. 7 ustawy Pzp.

## 3. Oświadczenia i dokumenty, jakie mają dostarczyć Wykonawcy w celu wykazania braku podstaw wykluczenia oraz potwierdzenia spełnienia warunków udziału w postępowaniu.

Do oferty Wykonawca zobowiązany jest dołączyć aktualne na dzień składania ofert oświadczenia:

- 1) Oświadczenie Wykonawcy składane na podstawie art. 25a ust.1 ustawy Pzp dotyczące przesłanek wykluczenia z postępowania, **Załącznik nr 2** do SIWZ.
- 2) Oświadczenie wykonawcy składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy Pzp dotyczące spełnienia warunków udziału w postępowaniu, **Załącznik nr 3** do SIWZ.
- 3) WYKAZ WYKONANYCH, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych, głównych dostaw lub usług, w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert albo wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, wraz z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i podmiotów, na rzecz których dostawy lub usługi zostały wykonane, oraz załączeniem dowodów, czy zostały wykonane lub są wykonywane należycie (np. referencje). Wykonawca musi wykazać się realizacją minimum 3 usług - **Załącznik nr 4** do SIWZ.
- 4) Informację o podmiotach należących do tej samej grupy kapitałowej, **wg Załącznika nr 5** do SIWZ.
- 5) **Aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej**, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji, w celu wykazania braku podstaw do wykluczenia, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
- 6) **Zezwolenie** lub inny dokument organu nadzoru potwierdzający uprawnienia wykonawcy do wykonywania działalności ubezpieczeniowej w zakresie nie mniejszym niż przedmiot zamówienia opisany w niniejszej SIWZ.

Dokumenty są składane w formie oryginału lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem i podpisane przez osobę właściwą do reprezentowania wykonawcy.

Zamawiający może żądać przedstawienia oryginału lub notarialnie poświadczonej kopii dokumentu, gdy złożona przez wykonawcę kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości, co do jej prawdziwości.



## **VIII. SPOSÓB KOMUNIKACJI ZAMAWIAJĄCEGO Z WYKONAWCAMI**

- 1) W niniejszym postępowaniu wszelkie oświadczenia, zawiadomienia oraz inne informacje Zamawiający oraz Wykonawcy będą przekazywać drogą elektroniczną, (adres email Zamawiającego: sekretariat@pwik.piotrkow.pl) lub faksem (nr faksu Zamawiającego - 44 646 15 66).

Zamawiający wymaga potwierdzenia otrzymania każdej informacji faksem lub e-mailem.

- 2) Wykonawca może zwrócić się do Zamawiającego z prośbą o wyjaśnienie treści SIWZ, kierując wnioskiem na adres:

**Piotrkowskie Wodociągi i Kanalizacja Sp. z o.o.**  
**ul. Przemysłowa 4**  
**97-300 Piotrków Trybunalski**

- 3) Zamawiający jest obowiązany udzielić wyjaśnień niezwłocznie, jednak nie później niż na 2 dni przed upływem terminu składania ofert.
- 4) Jeżeli wniosek o wyjaśnienie treści specyfikacji istotnych warunków zamówienia wpłynął po upływie połowy terminu składania ofert, lub dotyczy udzielonych wyjaśnień, Zamawiający może udzielić wyjaśnień albo pozostawić wniosek bez rozpoznania.
- 5) Treść zapytań wraz z wyjaśnieniami Zamawiający przekaże Wykonawcom, którzy zwrócili się z zapytaniami, i bez ujawniania źródła zapytania, zamieści na stronie internetowej - [www.pwik.piotrkow.pl](http://www.pwik.piotrkow.pl).
- 6) W przypadku rozbieżności pomiędzy treścią SIWZ, a treścią wyjaśnień, jako obowiązującą należy przyjąć treść pisma zawierającego późniejsze oświadczenie Zamawiającego.
- 7) W uzasadnionych przypadkach Zamawiający może przed upływem terminu składania ofert zmienić treść SIWZ. Dokonaną zmianę SIWZ Zamawiający zamieści na stronie internetowej Spółki.
- 8) Zamawiający wyznacza do kontaktowania się z Wykonawcami:
  - 1) w zakresie procedury zamówień publicznych – Ewa Pijarowska.
  - 2) w zakresie przedmiotu zamówienia – .....

Porozumiewanie się Wykonawcy z upoważnionymi pracownikami odbywać się może tylko w godzinach od 7<sup>00</sup> do 15<sup>00</sup> w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku w siedzibie Zamawiającego.

## **IX. WYMAGANIA DOTYCZĄCE WADIUM**

1. Zamawiający nie wymaga wniesienia wadium.

## **X. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTA**

Wykonawca będzie związany ofertą przez okres **30 dni**.

## **XI. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERT**

### **1. Wymagania podstawowe**

- 1) Każdy wykonawca może złożyć jedną ofertę.
- 2) Ofertę należy przygotować ściśle według wymagań określonych w SIWZ.
- 3) Oferta musi być podpisana przez osoby upoważnione do reprezentowania wykonawcy (wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia). Oznacza to, iż jeżeli z dokumentu określającego status prawny wykonawcy lub pełnomocnictwa (pełnomocnictw) wynika, iż do reprezentowania wykonawcy upoważnionych jest łącznie

kilka osób, dokumenty wchodzące w skład oferty muszą być podpisane przez wszystkie te osoby.

- 4) Zamawiający wymaga, aby treść oferty była jednoznaczna i nie przedstawiała propozycji alternatywnych.
- 5) Upoważnienie osób podpisujących ofertę musi bezpośrednio wynikać z dokumentów dołączonych do oferty. Oznacza to, że jeżeli upoważnienie takie nie wynika wprost z dokumentu stwierdzającego status prawny wykonawcy (odpisu właściwego rejestru lub zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej) to do oferty należy dołączyć upoważnienie (pełnomocnictwo) do podpisania oferty w formie oryginału.
- 6) Wzory dokumentów dołączonych do niniejszej SIWZ powinny zostać wypełnione przez wykonawcę i dołączone do oferty, bądź też przygotowane przez wykonawcę w treści, zgodnej z niniejszą SIWZ.
- 7) We wszystkich przypadkach, gdzie jest mowa o pieczętkach, zamawiający dopuszcza złożenie czytelnego zapisu o treści pieczętki, zawierającego, co najmniej oznaczenie nazwy (firmy) i siedziby oraz numer NIP.
- 8) Wykonawca składając ofertę, może zastrzec znajdujące się w jego ofercie informacje stanowiące tajemnice przedsiębiorstwa, w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. **Zastrzeżenie musi być dokonane przez złożenie oferty w dwóch częściach opisanych jako „część jawna oferty” i jako „część zastrzeżona oferty”.** Wszystkie strony „część jawna oferty” i jako „część zastrzeżona oferty” muszą być ponumerowane. Wykonawca nie może zastrzec informacji dotyczącej ceny, terminu wykonania zamówienia, okresu gwarancji i warunków płatności zawartych w ofercie.
- 9) Zmiana i wycofanie oferty:
  - a) wykonawca może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną ofertę przed upływem terminu składania ofert;
  - b) powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty musi zostać złożone w sposób i formie przewidzianej dla oferty, z tym, że opakowanie będzie dodatkowo oznaczone określeniem „zmiana” lub „wycofanie”. Do zmiany lub wycofania oferty konieczne jest załączenie dokumentu stwierdzającego, że osoba podpisująca zmianę lub wycofanie jest uprawniona do reprezentowania wykonawcy.
- 10) Wszelkie koszty związane z przygotowaniem oferty ponosi wykonawca.
- 11) Zamawiający nie przewiduje zwrotu kosztów udziału w postępowaniu.

## 2. Forma oferty.

- 1) Oferta musi być sporządzona w formie pisemnej, zgodnie ze wzorem Formularza ofertowego, stanowiącego **załącznik nr 1** do SIWZ.
- 2) Wszystkie załączniki do oferty powinny być ułożone w kolejności.
- 3) Oferta i wszystkie załączniki muszą być sporządzone w języku polskim i napisane pismem maszynowym, za pomocą komputera lub ręcznie pismem wyraźnym, nieścieralnym atramentem.
- 4) Ewentualne poprawki w ofercie muszą być naniesione czytelnie oraz opatrzone podpisem osoby uprawnionej do reprezentowania wykonawcy.
- 5) Kopie wszystkich dokumentów dołączonych do oferty muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez wykonawcę.
- 6) Ofertę wraz z oświadczeniami i dokumentami należy sporządzić i złożyć w 1 egzemplarzu.
- 7) Ofertę należy umieścić w zamkniętym opakowaniu, uniemożliwiającym odczytanie jego zawartości bez uszkodzenia tego opakowania. Opakowanie powinno być oznaczone nazwą (firmą) i adresem Wykonawcy, zaadresowane jak poniżej:

**Piotrkowskie Wodociągi i Kanalizacja Sp. z o.o.**  
**ul. Przemysłowa 4, 97-300 Piotrków Trybunalski**  
oraz opisane

**„Grupowe ubezpieczenie na życie dla Piotrkowskich Wodociągów i Kanalizacji Sp. z o.o.”.**  
„Nie otwierać przed dniem ..... r., godz. ....”

- 8) W przypadku dostarczenia oferty pocztą, na kopercie należy napisać „dostarczyć do dnia ... do godz....”.
- 9) Wszystkie zapisane strony oferty powinny być ponumerowane. Strony te powinny być parafowane przez osobę (lub osoby, jeżeli do reprezentowania wykonawcy upoważnione są dwie lub więcej osób) podpisującą (podpisujące) ofertę, zgodnie z treścią dokumentu określającego status prawny wykonawcy lub treścią załączonego do oferty pełnomocnictwa.
- 10) Całość oferty powinna być złożona w formie uniemożliwiającej jej przypadkowe zdekompletowanie.
- 11) Dokumenty składane wraz z ofertą mogą być przedstawiane w formie oryginałów lub poświadczonych przez wykonawcę za zgodność z oryginałem kopii. Oświadczenia sporządzane na podstawie wzorów stanowiących załączniki do niniejszej SIWZ powinny być złożone w formie oryginału.

### **3. Zawartość oferty.**

#### **1) Kompletna oferta musi zawierać:**

- a) Formularz oferty według wzoru zawartego w specyfikacji istotnych warunków zamówienia – **wg Załącznika nr 1** do SIWZ.
- b) Stosowne pełnomocnictwa - w przypadku, gdy upoważnienie do podpisania oferty nie wynika bezpośrednio ze złożonego w ofercie odpisu z właściwego rejestru albo zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej (należy załączyć oryginał lub kserokopię potwierdzoną przez notariusza).
- c) W przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, dokument ustanawiający pełnomocnika do reprezentowania ich w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy w sprawie niniejszego zamówienia publicznego (należy załączyć oryginał lub kserokopię potwierdzoną przez notariusza).
- d) Oświadczenia i dokumenty określone w SIWZ.

## **XII. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT**

### **1. Oferty należy SKŁADAĆ w:**

nazwa instytucji: **PIOTRKOWSKIE WODOCIĄGI I KANALIZACJA SP. Z O.O.**

miejsowość: **PIOTRKÓW TRYBUNALSKI kod: 97-300**

ulica: **UL. PRZEMYSŁOWA 4 (SEKRETARIAT)**

w terminie do dnia **24-11-2017 r. do godziny 09:00.**

### **2. Oferty zostaną OTWARTE w:**

nazwa instytucji: **PIOTRKOWSKIE WODOCIĄGI I KANALIZACJA SP. Z O.O.**

miejsowość: **PIOTRKÓW TRYBUNALSKI kod: 97-300**

ulica: **UL. PRZEMYSŁOWA 4 (Sala Konferencyjna)**

w terminie do dnia **24-11-2017 r. o godz. 09:30.**

3. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu komisji przetargowej w terminie i o godzinie wskazanej powyżej. Oferty złożone po terminie zostaną zwrócone bez otwierania po upływie terminu do składania ofert.
4. Otwarcie ofert jest jawne.
5. Bezpośrednio przed otwarciem ofert komisja przetargowa poda kwotę, jaką zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia.
6. W trakcie otwarcia ofert nie będą otwierane koperty/opakowania zawierające oferty, których dotyczy „**WYCOFANIE**”. Takie oferty zostaną odesłane wykonawcom bez otwierania.
7. Opakowania/koperty oznakowane dopiskiem „**ZMIANA**” zostaną otwarte przed otwarciem opakowań/kopert zawierających oferty, których dotyczą te zmiany. Po stwierdzeniu poprawności procedury dokonania zmian zmiany zostaną dołączone do oferty.
8. W trakcie otwierania opakowań/kopert z ofertami Zamawiający każdorazowo ogłosi obecnym:
  - 1) nazwę i adres wykonawcy, którego oferta jest otwierana,
  - 2) informację dotyczącą ceny – cena oferty, miesięczna wysokość składki za jednego Ubezpieczonego, dla każdego z trzech wariantów ochrony ubezpieczeniowej oraz wysokości świadczeń w poszczególnych ryzykach w każdym z wariantów.Powyższe informacje zostaną odnotowane w protokole postępowania przetargowego.
9. W przypadku nieobecności Wykonawcy przy otwieraniu ofert, Zamawiający na jego pisemny wniosek przekaże informacje z otwarcia ofert.

### **XIII. OPIS SPOSOBU OBLICZENIA CENY OFERTY**

1. Wykonawca zobowiązany jest obliczyć cenę oferty na podstawie opisu przedmiotu zamówienia, ujmując wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia oraz wszystkie inne koszty wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia zgodnie ze specyfikacją i umową.
2. Jeżeli złożona zostanie oferta, której wybór prowadzić będzie do powstania obowiązku podatkowego Zamawiającego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług w zakresie dotyczącym wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów lub importu, Zamawiający w celu oceny takiej oferty doliczy do przedstawionej w niej ceny podatek od towarów i usług, który miałby obowiązek wpłacić zgodnie z obowiązującymi przepisami.
3. Cena brutto oferty musi być podana cyfrowo i słownie, wyrażona w złotych polskich do dwóch miejsc po przecinku.
4. Zamawiający poprawi omyłki w ofercie w sposób określony w Regulaminie zamówień obowiązującym w Spółce.
5. Zamawiający poprawi inne omyłki polegające na niezgodności oferty ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia, niepowodujące istotnych zmian w treści oferty, oraz niezwłocznie zawiadomi o tej zmianie Wykonawcę, którego oferta została poprawiona.

### **XIV. KRYTERIA WYBORU I SPOSÓB OCENY OFERT**

1. W toku badania i oceny złożonych ofert Zamawiający może żądać od Wykonawców, wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.
2. Zamawiający oceni i porówna jedynie te oferty, które:
  - 1) zostaną złożone przez Wykonawców niewykluczonych przez Zamawiającego z niniejszego postępowania;
  - 2) nie zostaną odrzucone przez Zamawiającego.
3. Przy dokonywaniu wyboru najkorzystniejszej oferty Zamawiający stosować będzie następujące kryteria oceny ofert:

1) cena	– waga 40%
2) warunki ubezpieczenia	– waga kryterium 60%

#### 4. Sposób obliczenia ceny oferty i dokonania oceny ofert

##### 1) Zasady oceny kryterium „cena”.

- a) Kryterium „cena” (ilekroć mowa poniżej o „cenie oferty” należy przez to rozumieć kryterium wyboru oferty najkorzystniejszej „cena”), będzie rozpatrywane na podstawie ceny brutto, podanej przez Wykonawcę w Formularzu Oferty.
- b) Wykonawca określi w sposób jednoznaczny cenę oferty jako średnią jednostkową składkę miesięczną za ubezpieczonego.
- c) Oferowana średnia jednostkowa składka miesięczna ( $\bar{S}$ ) wyliczona zostanie na podstawie wzoru matematycznego:

$$\bar{S} = \frac{Z_1 + Z_2 + Z_3}{3}$$

gdzie:

- Z1 – Jednostkowa składka miesięczna za wariant I ubezpieczenia,  
Z2 – Jednostkowa składka miesięczna za wariant II ubezpieczenia,  
Z3 – Jednostkowa składka miesięczna za wariant III ubezpieczenia.

- d) Wykonawca poda cenę jednostkową odpowiadającą wysokości jednostkowej składki miesięcznej za osobę ubezpieczoną osobno dla każdego z trzech wariantów ubezpieczenia.
- e) Cena oferty (C) jest równa średniej jednostkowej składce miesięcznej za ubezpieczonego.

$$C = \bar{S}$$

gdzie:

C - Cena badanej oferty,

$\bar{S}$  - Oferowana średnia jednostkowa składka miesięczna za ubezpieczonego.

- f) Podana przez Wykonawcę cena oferty obejmuje całkowity koszt realizacji zamówienia w odniesieniu do jednej osoby ubezpieczonej w każdym z trzech wariantów ubezpieczenia, wraz z kosztami wszelkich usług towarzyszących oraz innymi ewentualnymi kosztami.
- g) Jednostkowe składki miesięczne dla każdego z trzech wariantów ubezpieczenia, a tym samym cena oferty, są wiążące przez cały okres realizacji zamówienia i nie podlegają waloryzacji.
- h) Rozliczenia dotyczące realizacji zamówienia opisanego w niniejszej SIWZ dokonywane będą w złotych polskich.
- i) Obliczenia dokonywane będą z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

j) Kryterium „cena” będzie ocenione na podstawie następującego wzoru:

$$Q_{Oi} = \frac{C_{\min}}{C_{Oi}} \cdot 100 \cdot 40\%$$

gdzie:

$Q_{Oi}$  - Liczba punktów przyznanych badanej ofercie za kryterium „cena”,

$C_{Oi}$  - Cena badanej oferty,

$C_{\min}$  - Najniższa cena oferty spośród ofert podlegających ocenie.

## 2) Zasady oceny kryterium „warunki ubezpieczenia”.

- Przez „warunki ubezpieczenia” rozumie się kwotowe wysokości świadczeń w odniesieniu do każdego przewidzianego ryzyka w danym wariantcie wskazane poniżej w pkt. c) niniejszej SWIZ.
- Zamawiający określił minimalne wysokości świadczeń dla każdego ryzyka. Zamawiający wymaga podania przez Wykonawcę w Formularzu Oferty (**w Załączniku nr 1** do SIWZ) wysokości oferowanego świadczenia dla każdego ryzyka w przedstawionych wariantach ubezpieczenia. W przypadku podania świadczenia na poziomie niższym niż określony przez Zamawiającego, jako minimalna wysokość świadczenia lub gdy Wykonawca nie wskaże wysokości świadczenia (pozostawi puste pole) Zamawiający uzna ofertę za niezgodną z SIWZ.
- Zamawiający określił wagę dla każdego warunku ubezpieczenia, w każdym z wariantów (wartości podane w kolumnach D, F i H - łącznie 100%):

L.p.	Ryzyka	Wariant I		Wariant II		Wariant III	
		Wymagane minimalne wysokości świadczeń	Waga świadczenia (%)	Wymagane minimalne wysokości świadczeń	Waga świadczenia (%)	Wymagane minimalne wysokości świadczeń	Waga świadczenia (%)
A	B	C	D	E	F	G	H
1	Zgon Ubezpieczonego	54 000,00 zł	10,00	62 000,00 zł	10,00	66 000,00 zł	10,00
2	Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku	108 000,00 zł	6,00	124 000,00 zł	6,00	132 000,00 zł	6,00
3	Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego	158 000,00 zł	2,00	184 000,00 zł	2,00	198 000,00 zł	2,00
4	Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku w trakcie wykonywania czynności zawodowych	158 000,00 zł	2,00	184 000,00 zł	2,00	198 000,00 zł	2,00
5	Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego w trakcie wykonywania czynności zawodowych	208 000,00 zł	1,00	244 000,00 zł	1,00	264 000,00 zł	1,00
6	Zgon Ubezpieczonego wskutek zawału serca/ udaru mózgu	94 000,00 zł	5,00	110 000,00 zł	5,00	115 000,00 zł	5,00
7	Trwały Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek wypadku – za 1%	500,00 zł	9,00	570,00 zł	9,00	600,00 zł	9,00
8	Trwały Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca/ udaru mózgu – za 1%	400,00 zł	5,00	430,00 zł	5,00	450,00 zł	5,00
9	Zgon współmałżonka/ partnera życiowego	13 500,00 zł	6,00	15 600,00 zł	6,00	16 500,00 zł	6,00
10	Zgon współmałżonka/ partnera życiowego wskutek wypadku	27 000,00 zł	2,00	31 100,00 zł	2,00	33 000,00 zł	2,00
11	Zgon dziecka	2 700,00 zł	2,00	3 100,00 zł	2,00	3 300,00 zł	2,00

12	Urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu	1 350,00 zł	9,00	1 550,00 zł	9,00	1 650,00 zł	9,00
13	Urodzenie się martwego dziecka Ubezpieczonemu	2 700,00 zł	1,00	3 100,00 zł	1,00	3 300,00 zł	1,00
14	Osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego	3 600,00 zł	2,00	4 120,00 zł	2,00	4 200,00 zł	2,00
15	Zgon rodzica / rodzica małżonka Ubezpieczonego	2 250,00 zł	10,00	2 600,00 zł	10,00	2 800,00 zł	10,00
16	Dzienne świadczenie szpitalne Ubezpieczonego	150,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem	3,00	180,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem	3,00	195,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem	3,00
		250,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym	1,00	300,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym	1,00	325,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym	1,00
		200,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem w trakcie wykonywania czynności zawodowych	1,00	240,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem w trakcie wykonywania czynności zawodowych	1,00	260,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem w trakcie wykonywania czynności zawodowych	1,00
		50,00 zł/ dzień – pobyt spowodowany wypadkiem od 15 dnia pobytu	3,00	60,00 zł/ dzień – pobyt spowodowany wypadkiem od 15 dnia pobytu	3,00	65,00 zł/ dzień – pobyt spowodowany wypadkiem od 15 dnia pobytu	3,00
		50,00 zł/ dzień – pobyt spowodowany chorobą	3,00	60,00 zł/ dzień – pobyt spowodowany chorobą	3,00	65,00 zł/ dzień – pobyt spowodowany chorobą	3,00
		135,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu	1,00	162,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu	1,00	175,50 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu	1,00
		100,00 zł/ dzień pobytu lub 500,00 zł - świadczenie jednorazowe – pobyt na Oddziale Intensywnej Terapii	1,00	120,00 zł/ dzień pobytu lub 600,00 zł - świadczenie jednorazowe – pobyt na Oddziale Intensywnej Terapii	1,00	130,00 zł/ dzień pobytu lub 650,00 zł - świadczenie jednorazowe – pobyt na Oddziale Intensywnej Terapii	1,00
		300,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w trakcie wykonywania czynności zawodowych	1,00	360,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w trakcie wykonywania czynności zawodowych	1,00	390,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w trakcie wykonywania czynności zawodowych	1,00
		25,00 zł/ dzień – do 30 dnia rekonwalescencji	1,00	27,60 zł/ dzień – do 30 dnia rekonwalescencji	1,00	32,50 zł/ dzień – do 30 dnia rekonwalescencji	1,00
17	Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	5 000,00 zł	4,00	7 000,00 zł	4,00	8 000,00 zł	4,00
18	Przeprowadzenie operacji chirurgicznej u Ubezpieczonego	Świadczenie za operację z najniższej klasy/grupy w katalogu 400 zł	3,00	Świadczenie za operację z najniższej klasy/grupy w katalogu 600 zł	3,00	Świadczenie za operację z najniższej klasy/grupy w katalogu 650 zł	3,00
19	Niezdolność Ubezpieczonego do pracy	15 000,00 zł	2,00	15 000,00 zł	2,00	20 000,00 zł	2,00
20	Karta Apteczna	300	2,00	300	2,00	300	2,00

21	Leczenie specjalistyczne	3 000 zł	2,00	6 000 zł	2,00	7 000 zł	2,00
22	Maksymalna jednostkowa składka miesięczna za ubezpieczonego	59,50zł		69,50zł		74,50zł	

d) Zamawiający będzie dokonywał oceny w zakresie każdego warunku poprzez obliczenie punktów przyznanych za oferowaną przez Wykonawcę wysokość świadczenia na podstawie wzoru matematycznego:

$$P_{O_i Z_i R_i} = \left( \frac{K_i - K_{\min}}{K_{\max} - K_{\min}} \right) \cdot 100 \cdot G_{R_i}$$

gdzie:

$P_{O_i Z_i R_i}$  - Liczba punktów za oferowaną wysokość świadczenia w każdym z wariantów i w poszczególnych ryzykach przyznanych badanej ofercie,

$O_i$  - Badana oferta,

$Z_i$  - Badany wariant ubezpieczenia,

$R_i$  - Badane ryzyko,

$K_i$  - Oferowana przez Wykonawcę kwota świadczenia w badanej ofercie w danym wariantcie i ryzyku,

$K_{\min}$  - Określona przez Zamawiającego minimalna kwota świadczenia w danym wariantcie i ryzyku,

$K_{\max}$  - Najwyższa oferowana przez Wykonawców kwota świadczenia w danym wariantcie i ryzyku,

$G_{R_i}$  - Waga świadczenia dla badanego ryzyka.

Zamawiający uszczegóławiając metodologię wyliczenia uwzględnia przypadek szczególny, gdy dla danego ryzyka w wariantcie wszystkie złożone oferty mają takie samo świadczenie równe minimalnemu świadczeniu wymaganemu przez Zamawiającego, czyli jeżeli  $K_{\max} = K_i = K_{\min}$ , to za dane ryzyko przyznawane jest „0” punktów.

e) Liczba punktów przyznanych za oferowaną wysokość świadczeń w każdym z wariantów i w poszczególnych ryzykach zostanie zsumowana dla każdej oferty.

$$Y_{O_i} = \sum P_{O_i Z_i R_i}$$

gdzie:

$Y_{O_i}$  - łączna liczba punktów przyznanych badanej ofercie za oferowaną wysokość świadczeń w każdym z wariantów i w poszczególnych ryzykach.

3) Kryterium „warunki ubezpieczenia”, obliczone w sposób określony w Dziale XIV ust. 4 pkt. 2) ppkt. d) i e) niniejszej SIWZ, będzie ocenione na podstawie następującego wzoru:

$$W_{O_i} = \frac{Y_{O_i}}{Y_{\max}} \cdot 100 \cdot 60\%$$

gdzie:



- $W_{oi}$  Liczba punktów przyznanych badanej ofercie za kryterium „warunki Ubezpieczenia”,
- $Y_{oi}$  łączna liczba punktów przyznanych badanej ofercie za oferowaną wysokość świadczeń w każdym z wariantów, w poszczególnych ryzykach,
- $Y_{max}$  łączna maksymalna liczba punktów przyznanych ofercie spośród ofert podlegających ocenie, za oferowaną wysokość świadczeń w każdym z wariantów w poszczególnych ryzykach.

a) łączna liczba punktów przyznanych badanej ofercie będzie wyliczona na podstawie wzoru:

$$F_{oi} = Q_{oi} + W_{oi}$$

gdzie:

$F_{oi}$  Całkowita liczba punktów przyznanych ocenianej ofercie,

$Q_{oi}$  Liczba punktów przyznanych badanej ofercie za kryterium „cena”,

$W_{oi}$  Liczba punktów przyznanych badanej ofercie za kryterium „warunki Ubezpieczenia”.

## 5. Wybór najkorzystniejszej oferty i udzielenie zamówienia

- 1) Jeżeli nie będzie można dokonać wyboru oferty najkorzystniejszej ze względu na to, że zostały złożone dwie lub więcej oferty o takiej samej liczbie punktów, Zamawiający wezwie Wykonawców, którzy złożyli te oferty, do złożenia w wyznaczonym terminie ofert dodatkowych. Oferty dodatkowe będą oceniane zgodnie z zasadami opisanymi w Dziale XIV ust. 3 i 4 niniejszej SIWZ.
- 2) Wykonawca składając ofertę dodatkową, nie może zaoferować cen wyższych niż zaoferowane w złożonej ofercie oraz wysokości świadczeń w poszczególnych ryzykach niższych niż zaoferowane w złożonej ofercie.
- 3) Ocena zgodności oferty z treścią SIWZ przeprowadzona zostanie wyłącznie na podstawie analizy dokumentów i oświadczeń, jakie Wykonawca zawarł w swej ofercie lub jego wyjaśnień dotyczących treści złożonej oferty.
- 4) W szczególnie uzasadnionych wypadkach Zamawiający może zwrócić się do Wykonawców o uzupełnienie w wyznaczonym terminie brakujących dokumentów i oświadczeń.
- 5) Zamawiający udzieli zamówienia Wykonawcy, który spełni wszystkie postawione w specyfikacji warunki oraz otrzyma największą liczbę punktów wyliczoną, zgodnie ze wzorem, jak wyżej.

## **XV. INFORMACJE O FORMALNOŚCIACH, JAKIE NALEŻY DOPEŁNIĆ PO WYBORZE OFERTY W CELU ZAWARCIA UMOWY**

1. Niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający zawiadamia Wykonawców, którzy złożyli oferty, o wyborze najkorzystniejszej oferty, podając nazwę (firmę), siedzibę i adres wykonawcy, którego ofertę wybrano, uzasadnienie jej wyboru, oraz nazwy (firmy), albo imiona i nazwiska, siedziby i adresy wykonawców, którzy złożyli oferty, a także punktację przyznaną ofertom w każdym kryterium oceny ofert i łączną punktację. Informuje również o wykonawcach, których oferty zostały odrzucone, podając uzasadnienie faktyczne i prawne oraz o wykonawcach, którzy zostali wykluczeni z postępowania o udzielenie zamówienia, podając uzasadnienie faktyczne i prawne.

2. Niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej oferty zamawiający zamieszcza informację na stronie internetowej oraz w miejscu publicznie dostępnym w swojej siedzibie.
3. Zgodnie z Regulaminem Zamawiający zawiera umowę w sprawie zamówienia publicznego w terminie 7 dni od daty przekazania wykonawcy zawiadomienia o wyborze jego oferty, jednak nie później niż przed upływem terminu związania z ofertą.

#### **XVI. ZABEZPIECZENIE NALEŻYTEGO WYKONANIA UMOWY**

W niniejszym postępowaniu zamawiający **nie żąda** wniesienia zabezpieczenia należytego wykonania umowy.

#### **XVII. ISTOTNE WARUNKI UMOWY**

Umowa na realizację zamówienia zostanie zawarta na warunkach wymienionych w załączonym do SIWZ wzorze umowy – **Załącznik nr 6**.

#### **XVIII. ŚRODKI OCHRONY PRAWNEJ PRZYSŁUGUJĄCE WYKONAWCY W TOKU POSTĘPOWANIA**

Wobec czynności podjętych przez Zamawiającego w toku postępowania oraz w przypadku uznania, iż podjęte działania mogą doprowadzić do uszczerbku interesu prawnego, Wykonawca może wnieść do Zarządu Spółki pisemne zażalenie. Zażalenie to podlega rozpatrzeniu w terminie 14 dni od daty jego otrzymania przez Zamawiającego, a wynik rozpatrzenia jest przekazywany Wykonawcy w formie pisemnej. Na rozstrzygnięcie zażalenia nie przysługuje odwołanie.

#### **WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO SIWZ**

<b>Oznaczenie Załącznika</b>	<b>Nazwa Załącznika</b>
Załącznik nr 1	Formularz oferty
Załącznik nr 2	Oświadczenie Wykonawcy o niepodleganiu wykluczeniu z postępowania
Załącznik nr 3	Oświadczenie Wykonawcy o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu
Załącznik nr 4	Doświadczenie zawodowe
Załącznik nr 5	Lista podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej
Załącznik nr 6	Wzór umowy
Załącznik nr 7	Dane do oceny ryzyka