Załącznik nr 1 OPZ
Sprawa nr: OG.261.1.2026

PROGRAM GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

DLA PRACOWNIKÓW SĄDU REJONOWEGO W GLIWICACH
ORAZ CZŁONKÓW ICH RODZIN NA LATA 2027–2028

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE I PODSTAWOWE WARUNKI UBEZPIECZENIA

1. Zamawiający / Ubezpieczający: Sąd Rejonowy w Gliwicach, ul. Powstańców Warszawy 23, 44-101 Gliwice (NIP: 631-10-78-941, REGON: 000743171).
2. Przedmiot zamówienia: Świadczenie usług grupowego ubezpieczenia na życie pracowników Sądu Rejonowego w Gliwicach oraz członków ich rodzin w okresie od dnia 01.01.2027 r. do dnia 31.12.2028 r. (24 miesiące).
3. Szacunkowa liczba ubezpieczonych: Podstawowa grupa ubezpieczonych wynosi 270 osób – pracownicy (dodatkowo członkowie rodzin nie wliczeni do tej grupy), z możliwością rozszerzenia w ramach rezerwy do 311 osób (+15%). Wykonawca akceptuje niezmienność warunków oferty niezależnie od ostatecznej liczby osób przystępujących i znosi minimalne limity ilościowe ubezpieczonych w poszczególnych wariantach.
4. Dwa zakresy ochrony (Warianty): Zamawiający zastrzega funkcjonowanie ubezpieczenia w dwóch zakresach ochrony: Zakres I (Wariant I) oraz Zakres II (Wariant II). Wybór wariantu dokonywany jest swobodnie przez osobę przystępującą do programu.
5. Wyłączenie tabel świadczeń: Szczegółowy wykaz ryzyk, zwaloryzowanych sum ubezpieczenia oraz kwot świadczeń dla Zakresu I i Zakresu II znajduje się w odrębnym dokumencie źródłowym – arkuszu kalkulacyjnym Excel: **„Zestawienie ryzyk i świadczeń ubezpieczeniowych" (zestawienie-ryzyk-i-swiadczen.xlsx)**, stanowiącym integralną część dokumentacji zamówienia.

> **Ważna zasada nadrzędności zapisów programu:**
> W stosunku do zakresu ubezpieczenia i definicji poszczególnych ryzyk mają zastosowanie zapisy niniejszego Programu Ubezpieczeniowego oraz postanowienia OWU Wykonawcy. Zapisy niniejszego Programu mają charakter nadrzędny i rozstrzygający. W przypadku, gdy standardowe OWU Wykonawcy przewidują postanowienia korzystniejsze dla Ubezpieczonego (np. szersze definicje zdarzeń, mniejszą liczbę wyłączeń), automatyczne zastosowanie mają zapisy korzystniejsze dla Ubezpieczonego.

6. Zakres opisany poniżej jest zakresem minimalnym. W sprawach nieuregulowanych w niniejszej SWZ zastosowanie mają przepisy prawa oraz Ogólne i/lub Szczególne Warunki Ubezpieczenia Wykonawcy. Jeżeli OWU wskazują przesłanki wyłączające bądź ograniczające odpowiedzialność Ubezpieczyciela to mają one zastosowanie w zawartych umowach ubezpieczenia, chyba że Zamawiający wyraźnie wyłączył ich zastosowanie w niniejszej SWZ;

7.Ilekroć w opisie przedmiotu zamówienia i/lub zakresie ubezpieczenia opisanych ryzyk jest mowa o okresie ubezpieczenia należy przez to rozumieć jeden z dwunastomiesięcznych okresów ubezpieczenia osobno dla 24 miesięcy- a nie cały okres zamówienia;

8. Niniejsze postepowanie zostało przygotowane prze współudziale: Broker Ubezpieczeniowy Miłosz Wysocki, 41 – 800 Zabrze, ul. Gen. De Gaulle'a 63/1; REGON : 2734169312; NIP: 6481723903; Likwidacja szkód odbywać się będzie przy udziale ww. brokera;
9. Ochroną ubezpieczeniową w zakresie podstawowym objęte jest życie pracowników Zamawiającego, ich współmałżonków/partnerów oraz pełnoletnich dzieci, którzy zadeklarują chęć przystąpienia do ubezpieczenia i płatności składki za ubezpieczenie. W przypadku współmałżonków/partnerów oraz ich pełnoletnich dzieci pracownik wyraża pisemną zgodę na ich przystąpienie do ubezpieczenia;
10.Zmiana wariantu ubezpieczenia (zakresu I i zakresu II) dla siebie oraz współubezpieczonych członków rodziny może nastąpić tylko w dacie rocznicy okresu ubezpieczenia (po dwunastomiesięcznym okresie ubezpieczenia, max 1 raz) bez stosowania karencji na nadwyżkę świadczeń obowiązujących w wariancie wyższym; w przypadku zmiany wariantu dla siebie oraz współubezpieczonych członków rodziny poza datą rocznicy okresu ubezpieczenia obowiązywać będą karencje na nadwyżkę świadczeń jak dla przystępujących po upływie terminu nabycia uprawnień;
11.Każdy z ubezpieczonych ma prawo w dowolnym momencie zrezygnować z ubezpieczenia poprzez złożenie oświadczenia o rezygnacji. Koniec ochrony ubezpieczeniowej i tym samym odpowiedzialność ubezpieczyciela następuje z upływem ostatniego dnia miesiąca rezygnacji, z uwzględnieniem okresu za jaki przekazano ostatnią składkę oraz odpowiednich zapisów OWU odnośnie do ustania ochrony ubezpieczeniowej;
12.Odpowiedzialność Wykonawcy w stosunku do każdego ubezpieczonego na warunkach niniejszej SWZ zostaje przedłużona o 1 miesiąc po ustaniu stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego pracownika z Ubezpieczającym pod warunkiem przekazania składki za ten miesiąc;
13. Jeżeli co najmniej 50% pracowników zdecyduje się na przystąpienie do ubezpieczenia w okresie pierwszych trzech miesięcy od daty wprowadzenia umowy (początku okresu ubezpieczenia) warunki określone w niniejszej SWZ oraz zaproponowane przez Wykonawcę w ofercie będą obowiązujące. Umowa przewiduje możliwość rozwiązania przez Wykonawcę z zachowaniem 3 miesięcznego okresu wypowiedzenia, jeżeli w okresie pierwszych trzech miesięcy od daty wprowadzenia umowy (początku okresu ubezpieczenia) do ubezpieczenia grupowego przystąpi mniej niż 50% pracowników wg załączonej listy do niniejszej SWZ.

II. UPRAWNIENI DO UBEZPIECZENIA ORAZ WARUNKI PRZYSTĄPIENIA

1. Krąg osób uprawnionych do objęcia ochroną ubezpieczeniową

Prawo przystąpienia do ubezpieczenia na warunkach grupowych przysługuje:
a) Pracownikom Zamawiającego – osobom zatrudnionym na podstawie umowy o pracę, mianowania, powołania, wyboru oraz umów cywilnoprawnych (umowa zlecenie, umowa o dzieło), których przedmiotem jest świadczenie pracy na rzecz Zamawiającego; także powołania, bądź mianowania (tu sędziowie oraz członkowie władz Sądu zgodnie z ustawą Prawo o ustroju sadów powszechnych), kontraktu menedżerskiego lub innej umowy, w tym cywilnoprawnej, (np. kuratorzy zgodnie z oraz Ustawą o kuratorach sądowych) z wyłączeniem osób prowadzących działalność gospodarczą bądź też innym zaakceptowanym przez Wykonawcę, w tym zwłaszcza współmałżonkowie/partnerzy oraz pełnoletnie dzieci pracowników Zamawiającego - którzy przystąpili do ubezpieczenia na mocy złożonej deklaracji i zadeklarowali chęć opłacania składek
b) Współmałżonkom pracowników – osobom pozostającym z pracownikiem w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do których nie orzeczono separacji; Współmałżonek

przystępuje do ubezpieczenia na takich samych warunkach i z tą samą stawką składki co pracownik;
c) Partnerom życiowym pracowników – osobom wskazanym przez pracownika w deklaracji przystąpienia, pozostającym z pracownikiem we wspólnym pożyciu w związku nieformalnym (partner życiowy nie może być spokrewniony z pracownikiem, a żadne z nich nie może pozostawać w formalnym związku małżeńskim z inną osobą). Partner przystępuje do ubezpieczenia na takich samych warunkach i z tą samą stawką składki co pracownik;
d) Pełnoletnim dzieciom pracowników – dzieciom własnym lub przysposobionym (w pełni lub częściowo), które ukończyły 18. rok życia. Dziecko przystępuje do ubezpieczenia na takich samych warunkach i z tą samą stawką składki co pracownik;

2. Warunki wiekowe oraz ochrona kontynuujących ubezpieczenie

1. Dla osób nowo przystępujących do ubezpieczenia, które nie były dotychczas objęte ubezpieczeniem grupowym u Zamawiającego, maksymalny wiek w dacie złożenia deklaracji wynosi ukończone 69 lat.
2. Brak limitu wiekowego dla kontynuujących: Osoby (pracownicy oraz członkowie ich rodzin), które bezpośrednio przed wejściem w życie nowej umowy były ubezpieczone w ramach dotychczasowego programu grupowego u Zamawiającego, zostają objęte ochroną **bez względu na wiek (również powyżej 69. roku życia)**. Zamawiający nie dopuszcza ograniczenia w owu Wykonawcy, które przewidują brak ochrony jakichkolwiek ryzyk po osiągnięciu przez ubezpieczonego określonego wieku (np. 60, 65 lat) – np. śmierć w następstwie udaru mózgu lub zawału serca, trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie udaru mózgu lub zawału serca, pobyt w szpitalu w wyniku choroby, poważnego zachorowania, operacji chirurgicznej oraz innych, określonych niniejszą SWZ, ryzyk;
3. Odpowiedzialność Wykonawcy w pełnym zakresie ubezpieczenia w stosunku do ubezpieczonego kończy się w rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu 75. roku życia, chyba że umowa lub polisa stanowi korzystniej.

3. Sytuacje szczególne i brak underwritingu medycznego

1. Prawo przystąpienia przysługuje również pracownikom oraz członkom ich rodzin przebywającym w dacie podpisania deklaracji na zwolnieniu lekarskim, urlopie macierzyńskim, rodzicielskim, wychowawczym, urlopie bezpłatnym, w szpitalu lub posiadającym orzeczoną niezdolność do pracy – dotyczy dotychczas ubezpieczonych, którzy przystąpią do nowego programu z zachowaniem ciągłości, przy czym pojęciem ciągłości ubezpieczenia rozumie się także przerwę pomiędzy ochroną w aktualnym programem ubezpieczenia a nowym, zawartym na podstawie niniejszej SWZ nie dłuższą niż 30 dni;
2. Pełny brak underwritingu medycznego: Wykonawca nie będzie żądał od dotychczas ubezpieczonych oraz nowo przystępujących pracowników w pierwszych 3 miesiącach (od 01.01.2027 r. do 31.03.2027 r.) ankiet ani kwestionariuszy medycznych. Ochrona ubezpieczeniowa nie jest uzależniona od informacji o stanie zdrowia. Ankiety medyczne mogą być wymagane w stosunku do współmałżonków/partnerów i pełnoletnich dzieci, którzy przystępują do ubezpieczenia na warunkach jak dla pracowników, a nie ubezpieczonych wcześniej w ramach wcześniejszego programu oraz wcześniej ubezpieczonych, a przystępujących po przerwie dłuższej niż 30 dni.

III. DEFINICJE POJĘĆ UBEZPIECZENIOWYCH

Wszelkie pojęcia i definicje użyte w niniejszym Programie Ubezpieczeniowym należy interpretować na korzyść Ubezpieczonych i Uposażonych, zgodnie z poniższym brzmieniem:

1. Nieszczęśliwy wypadek (NW) – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną zdarzenie, niezależne od woli Ubezpieczonego, które nastąpiło w okresie ochrony ubezpieczeniowej i było bezpośrednią lub współistniejącą przyczyną śmierci, uszczerbku na zdrowiu lub leczenia szpitalnego. Za nieszczęśliwy wypadek uważa się również zawał mięśnia sercowego, udar mózgu, obrażenia powstałe w wyniku sprawnościowego wysiłku fizycznego, uszkodzenia ciała spowodowane atakiem padaczki, a także zdarzenia powstałe pod wpływem alkoholu (zgodnie z klauzulą fakultatywną – jeśli ta ostatnia znajduje zastosowanie w ofercie, w przeciwnym przypadku). Definicje odnośnych owu nie mogą wprowadzać ograniczenia, że zarówno wypadek, jak i śmierć muszą zajść w okresie ochrony jednej umowy (u tego samego Ubezpieczyciela, tu uwaga zastrzeżenie rozdział IV ust 2. Zasady znoszenia wyłączeń stanu zdrowia (Pre-existing)).

2. Śmierć w wyniku wypadku przy pracy – śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku zaistniałego podczas lub w związku z wykonywaniem obowiązków służbowych, w tym podczas podróży służbowej lub w drodze do i z miejsca pracy.). Definicje odnośnych owu nie mogą wprowadzać ograniczenia, że zarówno wypadek, jak i śmierć muszą zajść w okresie ochrony jednej umowy (u tego samego Ubezpieczyciela, tu uwaga zastrzeżenie rozdział IV ust 2. Zasady znoszenia wyłączeń stanu zdrowia (Pre-existing)).

3. Śmierć w wyniku wypadku komunikacyjnego – śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który zaistniał w ruchu drogowym, wodnym lub powietrznym, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako kierujący pojazdem, środkiem UTO, pasażer, pieszy lub rowerzysta.). Definicje odnośnych owu nie mogą wprowadzać ograniczenia, że zarówno wypadek, jak i śmierć muszą zajść w okresie ochrony jednej umowy (u tego samego Ubezpieczyciela, tu uwaga zastrzeżenie rozdział IV ust 2. Zasady znoszenia wyłączeń stanu zdrowia (Pre-existing)).

4. Uszczerbek na zdrowiu – uszkodzenie ciała, które powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ochrony, wskazane w Tabeli uszczerbków na zdrowiu, zawału serca lub udaru mózgu. Ocena uszczerbku dokonywana jest na podstawie Tabeli Norm Ubezpieczyciela (lub orzeczeń ZUS/KRUS) bez stosowania potrąceń za wcześniejsze stopnie sprawności, jeśli nie miały bezpośredniego związku ze zdarzeniem.

5. Dziecko Ubezpieczonego – dziecko własne Ubezpieczonego, dziecko przysposobione (przysposobienie pełne lub częściowe) oraz pasierb (jeżeli nie żyje matka lub ojciec). W zakresie ubezpieczenia na wypadek osierocenia oraz śmierci dziecka znosi się górny limit wieku dziecka (klauzula bez limitu wieku), co oznacza pełną ochronę niezależnie od wieku dziecka.

6. Rodzice i Teściowie – ojciec lub matka Ubezpieczonego, a także macocha lub ojczym (o ile nie żyje odpowiednio matka lub ojciec). Jako teściów traktuje się rodziców (oraz macochę/ojczyma) aktualnego współmałżonka lub zarejestrowanego/wskazanego partnera życiowego Ubezpieczonego.

7. Poważne (ciężkie) zachorowanie – wystąpienie u Ubezpieczonego, współmałżonka/partnera lub dziecka stanu chorobowego lub przeprowadzenie zabiegu operacyjnego objętego katalogiem poważnych zachorowań (obejmującym co najmniej 40 jednostek chorobowych, w tym nowotwór złośliwy, zawał serca, udar mózgu, stwardnienie rozsiane, niewydolność nerek, przeszczep narządów, boreliozę, sepsę, schyłkową niewydolność wątroby, chorobę Alzheimera, chirurgiczne leczenie naczyń wieńcowych). Wykonawca ponosi odpowiedzialność za kolejne niezależne poważne zachorowania bez ograniczenia częstotliwości wypłat w roku polisowym.

8. Pobyt w szpitalu (Hospitalizacja) – trwający nieprzerwanie pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na terytorium RP lub poza granicami RP. Świadczenie przysługuje od 1. dnia pobytu w przypadku nieszczęśliwego wypadku (min. 6 godzin pobytu) oraz od 1. dnia pobytu przy chorobie (po spełnieniu warunku minimum 24 godzin pobytu / zmiany daty). Odpowiedzialność obejmuje do 180 dni hospitalizacji w roku polisowym.

9. Operacja chirurgiczna – zabieg chirurgiczny wykonany w warunkach szpitalnych lub ambulatoryjnych metodą otwartą, laparoskopową lub endoskopową przez uprawnionego lekarza specjalistę. Katalog operacji obejmuje co najmniej 600 procedur medycznych podzielonych na V klas, ze świadczeniem minimalnym wynoszącym nie mniej niż 10% sumy ubezpieczenia za najniższą klasę. W przypadku operacji nieujętej wprost w tabeli wypłaca się świadczenie jak dla klasy najniższej (klauzula operacji poza tabelą).

10. Leczenie specjalistyczne – zastosowanie u Ubezpieczonego procedury specjalistyczne w max możliwym wariancie, obejmującym co najmniej: chemioterapii, radioterapii, terapii interferonowej, wszczepienia kardiowertera/defibrylatora (ICD), wszczepienia rozrusznika serca, ablacji, dializoterapii lub wertebroplastyki. Świadczenie wypłacane jest za sam fakt podania pierwszej dawki leku lub wykonania zabiegu, bez konieczności wcześniejszej hospitalizacji.

11. Śmierć naturalna (zgon ubezpieczonego)– zgon ubezpieczonego i ubezpieczonego współmałżonka/partnera; do okresu wyłączenia odpowiedzialności z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku samobójstwa Wykonawca zaliczy staż ubezpieczonego z poprzedniej umowy ubezpieczenia; Dopuszczalny katalog wyłączeń dotyczący zgonu ubezpieczonego w wyniku:

✓ działań wojennych, powstań, przewrotów wojskowych, stanu wojennego;

✓ czynnego, dobrowolnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach oraz w aktach przemocy lub terroru;

✓ popełnienia przez ubezpieczonego czynu noszącego znamiona umyślnego przestępstwa, co zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym.

12. Śmierć ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu – która nastąpiła w ciągu max 180 dni od daty rozpoznanego zawału serca albo udaru mózgu, bez ograniczeń max limitu czasowego od dnia zdarzenia.

13. Zawał serca - definicja zgodna z NFZ i/lub Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i problemów zdrowotnych (ICD10); dopuszcza się zastosowanie odnośnych definicji owu Towarzystw Ubezpieczeniowych, pod warunkiem iż zapisy nie będą zawężone w stosunku do ww.

14. Udar mózgu - definicja zgodna z NFZ i/lub Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i problemów zdrowotnych (ICD10); dopuszcza się zastosowanie odnośnych definicji owu Towarzystw Ubezpieczeniowych, pod warunkiem iż zapisy nie będą zawężone w stosunku do ww.

15. Nowotwór złośliwy - definicja zgodna z NFZ i/lub Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i problemów zdrowotnych (ICD10); dopuszcza się zastosowanie odnośnych definicji owu Towarzystw Ubezpieczeniowych, pod warunkiem iż zapisy nie będą zawężone w stosunku do ww.

16. Niewydolność nerek - 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;

17. Schyłkowa niewydolność wątroby - zaawansowane, nieodwracalne uszkodzenie narządu (najczęściej w przebiegu marskości), w którym wątroba trwale traci zdolność do pełnienia swoich funkcji życiowych, prowadząc do powikłań zagrażających życiu i wymagające przetrenowania (transplantacji).; zakres ubezpieczenia nie obejmuje niewydolności wątroby będącej skutkiem nadużywania leków, spożywania alkoholu lub środków odurzających;

18. Chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych – oznacza operację chirurgiczną mającą na celu korektę zwężenia lub zamknięcia co najmniej jednej tętnicy wieńcowej poprzez wytworzenie przepływów omijających (by-pass) z użyciem przeszczepów naczyniowych;
19. Szpital – działający, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, kraju na terytorium którego jest zlokalizowany, zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych. Za szpital nie uważa się: ośrodka opieki społecznej; ośrodka dla psychicznie chorych; hospicjum; ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych; ośrodka sanatoryjnego; ośrodka wypoczynkowego; ośrodka uzdrowiskowego; szpitala, oddziału i ośrodka rehabilitacji, Przedmiotowe ograniczenia ze zdania poprzedzającego nie mają zastosowania w takim przypadku i w zakresie takiego ryzyka, gdy Wykonawca zaoferuje rozszerzoną ochronę dla któregokolwiek w ramach klauzuli fakultatywnej.
20. Rekonwalescencja – trwający, bezpośrednio i bez przerwy - po pobycie w szpitalu minimum 14 dniowym (w związku z chorobą lub w następstwie nieszczęśliwego wypadku) - pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym w związku z przyczyną pobytu w szpitalu; zwolnienie lekarskie może być wydane przez oddział szpitalny, w którym odbywało się leczenie szpitalne ubezpieczonego.
21. Trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji – oznacza trwałą i całkowitą niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej w dowolnym zawodzie oraz do samodzielnej egzystencji, będącą rezultatem nieszczęśliwego wypadku lub choroby powstałych w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela; trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji oznacza, że zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania przez ubezpieczonego zdolności do pracy; ubezpieczyciel decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie orzeczenia lekarskiego wydanego przez podmiot uprawniony do orzekania niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji oraz opinii lub orzeczenia wskazanego przez siebie lekarza orzecznika, czy też ewentualnie wyników zleconych przez siebie badań medycznych. Tym samym ubezpieczyciel pokrywa samodzielnie koszty orzekania przez wskazanego przez siebie lekarza orzecznika oraz koszty zleconych przez siebie badań medycznych, jeśli oprócz przedstawionej opinii orzeczenia lekarskiego wydanego przez podmiot uprawniony do orzekania niezdolności do pracy, wymagał dodatkowych dokumentów, opinii, badań etc.;
22. Urodzenie martwego dziecka - urodzenie martwego dziecka po 20 tygodniu ciąży w okresie odpowiedzialności Wykonawcy, jeżeli urodzenie zostało zarejestrowane;
23. Urodzenie dziecka - urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu w okresie odpowiedzialności Wykonawcy potwierdzone wydaniem urzędowego dokumentu; za urodzenie dziecka uważa się również przysposobienie przez Ubezpieczonego dziecka urodzonego przed i w trakcie okresu odpowiedzialności Wykonawcy o ile przysposobienie to zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu wydanym w okresie odpowiedzialności Wykonawcy;

W odniesieniu do pozostałych pojęć, terminów i definicji obowiązywać będą zapisy Ogólnych Warunków Ubezpieczyciela/Wykonawcy w całości i/lub części. Każda zmiana może zostać dokonana wyłącznie na wniosek Wykonawcy i za aprobatą Zamawiającego, chyba że zakres stosowanej przez ubezpieczyciela definicji będzie tożsamy lub też szerszy od zakresu określonego w Opisie Przedmiotu Zamówienia.

IV. REGULACJE DOTYCZĄCE KARENCJI ORAZ STANÓW PRZEDISTNIEJĄCYCH (PRE-EXISTING)

1. Zasady znoszenia okresów karencji

1. Pełne zniesienie karencji w nowej umowie: W stosunku do wszystkich pracowników oraz członków ich rodzin ubezpieczonych w ramach dotychczasowego programu ubezpieczeniowego u Zamawiającego, którzy przystąpią do nowego programu w okresie pierwszych 3 miesięcy (od 01.01.2027 r. do 31.03.2027 r.), stosuje się pełne zniesienie okresów karencji (0 dni) we wszystkich ryzykach i dla wszystkich świadczeń, w tym również dla ewentualnej nadwyżki świadczeń oraz nowych ryzyk.
2. Nowo zatrudnieni pracownicy, współmałżonkowie oraz pełnoletnie dzieci: karencje także nie będą stosowane, gdy dzień przystąpienia do ubezpieczenia przypada:
1) w pierwszym dniu miesiąca następującego bezpośrednio po dniu powstania stosunku prawnego ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym - o ile rozpoczął się po dniu zawarcia umowy – albo w kolejnych dwóch miesiącach lub
2) w pierwszym dniu miesiąca następującego bezpośrednio po dniu zawarcia związku małżeńskiego z ubezpieczonym podstawowym jeśli miało to miejsce po dniu zawarcia umowy albo w kolejnych dwóch miesiącach (w przypadku małżonka ubezpieczonego podstawowego) lub
3) w pierwszym dniu miesiąca następującego bezpośrednio po dniu ukończenia 18 lat, jeśli miało to miejsce po dniu zawarcia umowy albo w kolejnych dwóch miesiącach (dotyczy pełnoletniego dziecka ubezpieczonego podstawowego
3. Brak karencji dla zdarzeń wypadkowych (NW): Wszelkie zdarzenia ubezpieczeniowe będące następstwem nieszczęśliwego wypadku (śmierć w NW, uszczerbek w NW, hospitalizacja w NW, operacja w NW etc.) są całkowicie zwolnione z jakichkolwiek okresów karencji bez względu na datę przystąpienia.
4. Karencje standardowe (dotyczące wyłącznie osób nieterminowo przystępujących po 3 miesiącach): urodzenie dziecka – max 9 miesięcy; śmierć naturalna / urodzenie martwego dziecka – max 6 miesięcy; poważne zachorowanie / operacje – max 3 miesiące; leczenie szpitalne – max 30 dni, pozostałe – nie wymienione – zgodnie z obowiązującymi owu Wykonawcy. Jeżeli OWU Wykonawcy przewiduje krótsze okresy, stosuje się zapisy korzystniejsze.
5. Do okresu wyłączenia odpowiedzialności z tytułu zgonu w wyniku samobójstwa Wykonawca zalicza staż ubezpieczonego z poprzedniej umowy ubezpieczenia u Zamawiającego przy założeniu zachowania ciągłości.

2. Zasady znoszenia wyłączeń stanu zdrowia (Pre-existing)

1. Pełne zaliczenie stażu ubezpieczeniowego: Wykonawca uznaje swoją odpowiedzialność za skutki wszelkich stanów chorobowych oraz wypadków, które zostały zdiagnozowane lub zaistniały przed początkiem odpowiedzialności Wykonawcy, a których skutki ujawniły się w okresie ochrony nowej umowy (na warunkach niniejszej SWZ), pod warunkiem że ubezpieczony był objęty ubezpieczeniem grupowym u Zamawiającego bezpośrednio przed zawarciem nowej umowy (ciągłość ochrony) – pełne zniesienie pre-existingu na wszystkie ryzyka i bez stosowania karencji na nadwyżkę.
2. Przez ciągłość ochrony, o której mowa w pkt 1, rozumie się brak przerwy pomiędzy okresem, za który przekazano ostatnią składkę za ubezpieczonego w dotychczasowym ubezpieczeniu grupowym na życie u tego samego lub innego ubezpieczyciela a okresem, za który przekazano za tego ubezpieczonego pierwszą składkę na

tę umowę, a w przypadku zmiany wariantu ubezpieczenia - brak przerwy pomiędzy okresem, za który przekazano ostatnią składkę za ubezpieczonego w dotychczasowym wariancie ubezpieczenia a okresem, za który przekazano za tego ubezpieczonego pierwszą składkę w nowym wariancie ubezpieczenia. Brak przerwy oznacza, że w dotychczasowym ubezpieczeniu grupowym na życie u tego samego lub innego ubezpieczyciela lub wariancie ubezpieczenia kończy się ochrona w odniesieniu do ubezpieczonego z ostatnim dniem miesiąca i od pierwszego dnia kolejnego miesiąca rozpoczyna się ochrona w tej umowie lub w nowym wariancie ubezpieczenia.

V. KLAUZULE OBLIGATORYJNE ORAZ ZAPISY ROZSZERZAJĄCE OCHRONĘ

Wykonawca jest zobowiązany do bezwzględnego stosowania w programie ubezpieczeniowym następujących klauzul i gwarancji:

1. Klauzula zniesienia ograniczeń czasowych: Znosi się limity czasu dzielącego nieszczęśliwy wypadek od wystąpienia jego następstw (śmierć, uszczerbek, hospitalizacja). Świadczenie jest należne bez względu na upływ czasu od wypadku.

2. Klauzula komisji lekarskich i orzekania zaocznego: Dopuszcza się zaoczne orzekanie o uszczerbku na zdrowiu na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej. Na wniosek Ubezpieczonego Wykonawca przeprowadzi komisję lekarską na własny koszt w stacjonarnej placówce oddalonej o nie więcej niż 50 km od miejsca zamieszkania Ubezpieczonego lub siedziby Zamawiającego.

3. Klauzula rozszerzenia ochrony na terytorium całego świata: Odpowiedzialność z tytułu pobytu w szpitalu, operacji chirurgicznych oraz pobytu na OIOM/OIT obejmuje zdarzenia zaistniałe na terytorium RP oraz we wszystkich krajach Unii Europejskiej, Wielkiej Brytanii, USA, Kanadzie, Szwajcarii, Norwegii, Japonii i Australii.

4. Klauzula gwarancji braku konsumpcji sumy ubezpieczenia: Nie dopuszcza się pomniejszania kwoty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego o świadczenia wypłacone wcześniej z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, pobytu w szpitalu, operacji chirurgicznych lub poważnego zachorowania będących wynikiem tego samego zdarzenia.

5. Klauzula indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia: Wykonawca gwarantuje prawo do przejścia na indywidualną kontynuację ubezpieczenia bez względu na wiek i stan zdrowia po ustaniu stosunku pracy lub przejściu na emeryturę/rentę dla osób posiadających co najmniej 6-miesięczny staż w ubezpieczeniu grupowym (z zaliczeniem stażu u poprzedniego ubezpieczyciela).

7. Klauzula elektronicznej obsługi polis: Wykonawca udostępni bezpłatnie dedykowany system/aplikację internetową umożliwiającą zgłaszanie roszczeń online, ewidencjonowanie ubezpieczonych oraz rozliczanie składek miesięcznych.

VI. OBSŁUGA POLISY, PRZEPŁYWY SKŁADEK I LIKWIDACJA SZKÓD

1. Pobór i przekazywanie składek: Składka za ubezpieczenie potrącana jest przez Zamawiającego z wynagrodzenia netto pracownika na podstawie jego pisemnej zgody i przekazywana na rachunek bankowy Wykonawcy zbiorczo w max terminie do końca miesiąca, za który składka jest należna. Nieterminowe przekazanie składki z przyczyn technicznych do końca miesiąca nie powoduje wygaśnięcia ochrony ani zawieszenia odpowiedzialności Wykonawcy.

2. Współudział Brokera Ubezpieczeniowego: Obsługa umowy oraz nadzór nad procesem likwidacji szkód prowadzony jest przy współudziale wyznaczonego Brokera Ubezpieczeniowego: **Broker Ubezpieczeniowy**

Miłosz Wysocki, ul. Gen. De Gaulle'a 63/1, 41-800 Zabrze (NIP: 6481723903), bez wynagrodzenia ze strony Zamawiającego. Wykonawca zobowiązany jest do sfinansowania wynagrodzenia Brokerowi za doprowadzenie do zawarcia umowy oraz wskazanej - po zawarciu umowy ze strony Zamawiającego – osobie lub osobom za obsługę administracyjną programu ubezpieczenia w wysokości łącznej dla wszystkich 13% brutto przypisu składki miesięcznej. Czynności związane z doprowadzeniem do zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie określonym Ustawą z dnia 15 grudnia 2017 roku o dystrybucji ubezpieczeń (Dz.U. z 2024 r. poz. 1214).

3. Właściwość sądowa: Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć przed sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego (Sąd Rejonowy w Gliwicach).

VII. ZESTAWIENIE KWOT ŚWIADCZEŃ I SUM UBEZPIECZENIA (ZAŁĄCZNIK EXCEL)

Pełne zestawienie zwaloryzowanych kwot świadczeń ubezpieczeniowych (w rozbiciu na Zakres I – Wariant I oraz Zakres II – Wariant II) zawiera odrębny plik Excel stanowiący integralny element niniejszego Programu.

WYKAZ ŚWIADCZEŃ I RYZYK – ARKUSZ EXCEL:

- Plik: zestawienie-ryzyk-i-swiadczen.xlsx
- Zakres I (Wariant I) – aktualna składka bazowa 45,00 zł / m-c
- Zakres II (Wariant II) – aktualna składka bazowa 58,00 zł / m-c

VIII. KLAUZULE OBLIGATORYJNE ORAZ ZAPISY ROZSZERZAJĄCE OCHRONĘ

Pełne zestawienie możliwych do zaoferowania klauzul dodatkowych lub rozszerzających ochronę znajdują się w formularzu ofertowym, który stanowi integralny element niniejszego Programu.

Opracował (Broker / Pełnomocnik):

Anna Borowska

.....

Miłosz WYSOCKI
Broker Ubezpieczeniowy zezw. nr 467/98