

Rudka, dnia 10.09.2013 r.

Znak sprawy: A/HJ/U/2710/7/13

Nr Kanc.: 829

Dotyczy: przetargu nieograniczonego na usługę grupowego ubezpieczenia na życie pracowników SSZZOZ w Rudce oraz członków ich rodzin.

W nawiązaniu do zapytań oferentów informujemy:

Pytanie 1

Czy Zamawiający zaakceptuje wypłatę świadczenia za pobyt Ubezpieczonego na OIOM jako jednorazowe świadczenie w wysokości 10-krotności dziennego świadczenia szpitalnego zamiast świadczenia dziennego od 1 do 7 dnia (SIWZ rozdz. II pkt. 12.13)?

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, iż nie wyraża zgody na powyższe rozwiązanie.

Pytanie 2

Prosimy o podanie wysokości prowizji (w %) przysługującą osobie zajmującej się obsługą administracyjną umowy ubezpieczenia u Zamawiającego. Informacja ta jest niezbędnym parametrem do prawidłowej wyceny programu ubezpieczenia, a zatem ustalenia wysokości składki. Zapewnia porównywalność ofert wszystkich wykonawców biorących udział w postępowaniu i pozwala na zachowanie jednej z podstawowych zasad zamówień publicznych, a mianowicie zasady równości szans Wykonawców. W przypadku braku takiej informacji niemożliwe staje się porównanie ofert, ponieważ różni Wykonawcy będą mogli przyjąć różne założenia prowizyjne co spowoduje niemożność wyboru oferty najkorzystniejszej. Brak takiej informacji może również spowodować późniejsze nieporozumienia wynikające z różnych oczekiwań prowizyjnych po stronie Zamawiającego i Wykonawcy.

Odpowiedź:

Wysokość prowizji osoby zajmującej się obsługą administracyjną umowy ubezpieczenia u Zamawiającego nie może być niższa niż 8 % sumy składek miesięcznych przekazywanych za wszystkich ubezpieczonych (brutto).

Pytanie 3

Prosimy o podanie informacji, czy w postępowaniu przetargowym bierze udział broker. Jeżeli tak to prosimy o podanie wysokości kurtażu brokerskiego (w %). Informacja ta jest niezbędnym parametrem do prawidłowej wyceny programu ubezpieczenia, a zatem ustalenia wysokości składki. Zapewnia porównywalność ofert wszystkich wykonawców biorących udział w postępowaniu i pozwala na zachowanie jednej z podstawowych zasad zamówień publicznych, a mianowicie zasady równości szans Wykonawców. W przypadku braku takiej informacji niemożliwe staje się porównanie ofert, ponieważ różni Wykonawcy będą mogli przyjąć różne założenia prowizyjne co spowoduje niemożność wyboru oferty najkorzystniejszej. Brak takiej informacji może również spowodować

późniejsze nieporozumienia wynikające z różnych oczekiwań prowizyjnych po stronie Brokera i Wykonawcy.

Odpowiedź:

W postępowaniu nie bierze udziału broker.

Pytanie 4

Czy Zamawiający potwierdza, że odpowiedzialność z tytułu zgonu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem nie jest obligatoryjna i do przetargu zostanie dopuszczony Wykonawca, który nie zapewnia wszystkich z ww. zdarzeń? Jak w takiej sytuacji przyznawane są punkty za niepełne spełnianie warunku fakultatywnego nr 1 dotyczącego odpowiedzialności z tytułu zgonu w wyniku następstw nieszczęśliwego wypadku?

Odpowiedź:

Warunkiem obligatoryjnym jest odpowiedzialność Wykonawcy z tytułu zgonu ubezpieczonego lub współubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, w przypadku gdy ten wypadek i spowodowany nim zgon nastąpiły w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Natomiast warunkiem fakultatywnym jest odpowiedzialność z tytułu zgonu w wyniku następstw nieszczęśliwego wypadku, w przypadku gdy zgon nastąpił w okresie odpowiedzialności Wykonawcy, a wypadek miał miejsce wcześniej, tj. przed datą początku odpowiedzialności Wykonawcy, przy zachowaniu warunków wskazanych w SIWZ cz. II, pkt 13.1.

Pytanie 5

Czy Zamawiający uzna definicję rekonwalescencji poszpitalnej funkcjonującą u Wykonawcy o następującym brzmieniu:

rekonwalescencja poszpitalna – trwający nieprzerwanie maksymalnie 30 dni, pobyt Ubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim pod warunkiem, że pobyt nastąpił bezpośrednio, po co najmniej 14 dniowym pobycie Ubezpieczonego w szpitalu, za który Wykonawca ponosi odpowiedzialność oraz zwolnienie lekarskie zostało wydane przez ten szpital.

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, iż nie wyraża zgody na powyższe rozwiązanie.

Zgodnie z SIWZ cz. II pkt 10 wiersz 23 Wykonawca ma obowiązek wypłacać świadczenie za co najmniej 90 dni rekonwalescencji i jest to wymagany minimalny zakres ubezpieczenia.

Pytanie 6

Wykonawca prosi o podanie wskaźnika szkodowości grupy na koniec czerwca 2013 roku, bądź jeżeli to niemożliwe podanie najbardziej aktualnego poziomu wskaźnika szkodowości.

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, iż nie prowadzi ewidencji zdarzeń ubezpieczeniowych, w związku z czym nie jest w stanie podać wskaźnika szkodowości grupy.

Pytanie 7

Czy Zamawiający uzna definicję urodzenia dziecka funkcjonującą u Wykonawcy o następującym brzmieniu:

urodzenie dziecka – urodzenie się Ubezpieczonemu będącemu biologicznym rodzicem dziecka, po upływie 22 tygodnia trwania ciąży, potwierdzone urzędowym aktem urodzenia; za urodzenie się żywego dziecka uznaje się urodzenie, w którym dziecko pozostawało przy życiu co najmniej 24 godziny od chwili narodzin. Za urodzenie dziecka uznaje się również przysposobienie dziecka do 3 roku życia?

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, iż nie wyraża zgody na powyższe rozwiązanie.

Kwota świadczenia należna jest za każde żywe dziecko urodzone w okresie odpowiedzialności Wykonawcy, któremu wystawiono akt urodzenia oraz każde przysposobione dziecko, jeżeli ubezpieczony widnieje jako rodzic w akcie urodzenia.

Pytanie 8

Czy Zamawiający dopuści wyjątek od zapisów SIWZ rozdz. II pkt 12.12. dotyczących poważnego zachorowania Ubezpieczonego („Wykonawca zobowiązany jest do wypłaty jednego świadczenia w przypadku wystąpienia u ubezpieczonego któregośkolwiek z wymienionych w katalogu stanów chorobowych lub operacji, nie przewiduje się związków przyczynowo-skutkowych pomiędzy zachorowaniami, wpływających na ograniczenie wypłaty świadczeń”) brzmiący:

Wykonawca wypłaca świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia, za każde wystąpienie poważnego zachorowania w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem, iż w przypadku:

- a. zawału serca, udaru mózgu, konieczności przeprowadzenia chirurgicznego leczenia naczyń wieńcowych (by-pass) oraz w przypadku transplantacji serca spowodowanej chorobą wieńcową zostanie wypłacone świadczenie z tytułu wystąpienia tylko jednego z wymienionych zdarzeń;*
- b. przeszczepu szpiku kostnego po przebytej terapii nowotworowej zostanie wypłacone świadczenie tylko za nowotwór złośliwy ?*

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, iż nie wyraża zgody na powyższe rozwiązanie.

Pytanie 9

Proszę o podanie kosztów obsługi programu (w %), uwzględniających koszty obsługi ubezpieczenia przez pracowników Zamawiającego. Dane te stanowią bowiem ważny element składowy całkowitych kosztów, jakie należy wziąć pod uwagę przygotowując ofertę ubezpieczenia, dają również Zamawiającemu możliwość rzetelnej oceny ofert Wykonawców, którzy kalkulują je na tych samych zasadach. Nie ma wtedy wątpliwości, że wybrana oferta będzie rzeczywiście najkorzystniejsza dla Zamawiającego i pracowników.

Odpowiedź:

Wysokość prowizji osoby zajmującej się obsługą administracyjną umowy ubezpieczenia u Zamawiającego nie może być niższa niż 8 % sumy składek miesięcznych przekazywanych za wszystkich ubezpieczonych (brutto). Jest to całość kosztów obsługi programu, ponieważ w postępowaniu nie bierze udziału broker.

Pytanie 10

Czy Zamawiający zaakceptuje poniższą modyfikację zapisu części II Opis Przedmiotu Zamówienia, pkt 12.3:

„12.3 Nieszczęśliwy wypadek w pracy – nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego zwykłych czynności albo poleceń przełożonych w ramach stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego, potwierdzony protokołem ustalenia okoliczności i przyczyn nieszczęśliwego wypadku przy pracy sporządzonego według wzoru zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw pracy. Nie dopuszcza się ograniczeń prawa do świadczeń z tytułu następstw nieszczęśliwych wypadków w pracy w stosunku do ubezpieczonych, którzy nie są pracownikami Zamawiającego (członkowie rodzin pracowników).”

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, iż akceptuje powyższą modyfikację.

Pytanie 11

W części II Opisu Przedmiotu Zamówienia, pkt 12.13 akapit drugi, prawdopodobnie wkradła się oczywista omyłka pisarska. Proszę o modyfikację zapisu na poniższy:

„za pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem uznaje się pobyt związany z wystąpieniem następstw tego wypadku powodujących konieczność hospitalizacji w terminie nie dłuższym niż 6 miesięcy od daty wystąpienia zdarzenia (wypadku),”

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, iż wyraża zgodę na powyższą modyfikację zapisu z powodu oczywistej omyłki pisarskiej.

Pytanie 12

Prosimy o podanie informacji o strukturze zawodowej zatrudnionych. SIWZ II, 5.

Odpowiedź:

Struktura zawodowa pracowników SSZZOZ w Rudce:

- lekarze – 14 osób,
- pielęgniarki – 77 osób,
- wyższy personel medyczny – 40 osób,
- technicy medyczni – 16 osób,
- pozostały personel średni medyczny – 27 osób,
- niższy personel medyczny – 29 osób,
- gospodarka i obsługa – 24 osoby,
- administracja – 19 osób,

Zamawiający nie prowadzi ewidencji zawodów wykonywanych przez zgłoszonych do ubezpieczenia członków rodzin pracowników.

Pytanie 13

Czy Zamawiający uzna ograniczenie wypłat za pobyt na OIOM za każdy dzień max za 5 dni (od 1 do 5 dnia)?

SIWZ II. 10. (pkt 22 tabeli) i 12.13

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, iż nie wyraża zgody na powyższe rozwiązanie.

Pytanie 14

Umowa § 1 pkt. 2 Czy Zamawiający zgodzi się przyjąć ogólną zasadę, że zapisy SIWZ mają pierwszeństwo przed zapisami OWU Wykonawcy, a w sprawach nieuregulowanych w SIWZ obowiązują zapisy OWU Wykonawcy?

SIWZ II. 11.14, 11.15

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, iż nie wyraża zgody na powyższe rozwiązanie.

Pytanie 15

Czy Zamawiający zechce zaakceptować, jako zamienną definicję wypadku Wykonawcy dla używanego w specyfikacji **nieszczęśliwego wypadku**:

wypadek – nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia?

SIWZ II, 12. Definicje obligatoryjne 12.2.

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, iż dopuszcza, ale nie wymaga.

Pytanie 16

Czy Zamawiający potwierdza interpretację Wykonawcy zapisów tego punktu, że zarówno wypadek, jak i zgon spowodowany tym wypadkiem musi nastąpić w okresie odpowiedzialności Wykonawcy? (w kontekście do zapisów warunków fakultatywnych w pkt. 13.1)

SIWZ II, 12. Definicje obligatoryjne 12.2.

Odpowiedź:

Zamawiający potwierdza taką interpretację.

Pytanie 17

Czy Zamawiający uzna za równoważną definicję **wypadku przy pracy** na zdrowiu Wykonawcy:

wypadek przy pracy – wypadek zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP, który nastąpił w związku z pracą:

- a) *podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego obowiązków wynikających z umowy o pracę albo poleceń przełożonych,*
- b) *podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego czynności w interesie zakładu pracy, nawet bez polecenia,*
- c) *w czasie pozostawania w dyspozycji zakładu pracy w drodze między siedzibą zakładu pracy, a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego z umowy o pracę; na równi z wypadkiem przy pracy traktuje się – w zakresie uprawnień do świadczeń – wypadek, któremu ubezpieczony uległ w czasie trwania podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone wyżej, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań?*

SIWZ II, Definicje obligatoryjne 12.3.

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, iż dopuszcza, ale nie wymaga.

Pytanie 18

Czy Zamawiający zaakceptuje w definicji nieszczęśliwego wypadku przy pracy wymóg zajścia zdarzenia tj. wypadku w okresie odpowiedzialności Wykonawcy?
SIWZ II, Definicje obligatoryjne 12.3.

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, iż wyraża zgodę na powyższe rozwiązanie.

Pytanie 19

Czy Zamawiający zaakceptuje, jako równoważną definicję **wypadku komunikacyjnego** Wykonawcy: *wypadek komunikacyjny – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd prokuraturę i powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w związku z ruchem:*

- a) *lądowym pojazdów silnikowych, pojazdów szynowych, rowerzystów, motorowerzystów, w którym ubezpieczony brał udział, jako uczestnik ruchu bądź kierowca w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, wywołany:*
 - *działaniem siły mechanicznej w momencie zetknięcia się pojazdu z osobami, przedmiotami, zwierzętami, lub*
 - *wywróceniem się pojazdu, lub*
 - *pożarem, wybuchem spowodowanym działaniem czynnika termicznego i/lub chemicznego,*
- b) *wodnym pojazdów pływających, z udziałem statku wodnego, w którym ubezpieczony poruszał się jako osoba kierująca lub pasażer,*
- c) *lotniczym statków powietrznych, w którym to statku ubezpieczony podróżował jako pasażer lub członek załogi?*

SIWZ II, Definicje obligatoryjne 12.4.

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, iż dopuszcza, ale nie wymaga.

Pytanie 20

Czy Zamawiający zaakceptuje w definicji nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego wymóg zajścia zdarzenia tj. wypadku w okresie odpowiedzialności Wykonawcy?
SIWZ II, Definicje obligatoryjne 12.4.

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, iż wyraża zgodę na powyższe rozwiązanie.

Pytanie 21

Czy Zamawiający uzna za równoważną definicję **trwałego uszczerbku na zdrowiu** Wykonawcy: *trwały uszczerbek na zdrowiu (NW) – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu będące następstwem wypadku, któremu ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, powodujące jego trwałą dysfunkcję?*

trwały uszczerbek na zdrowiu (zawał/udar) – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu będące następstwem zawału serca lub udaru mózgu, przebytych przez ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, powodujące jego trwałą dysfunkcję?

SIWZ II, Definicje obligatoryjne 12.6.

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, iż nie wyraża zgody na powyższe rozwiązanie.

Pytanie 22

Czy Zamawiający zgodzi się, że w przypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, przyczyna zdarzenia je wywołującego, tj. wypadek, zawał serca lub krwotok śródmózgowy, musi zająć w okresie odpowiedzialności Wykonawcy?

SIWZ II, Definicje obligatoryjne 12.6.

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, iż wyraża zgodę na powyższe rozwiązanie.

Pytanie 23

Czy Zamawiający zechce zaakceptować, jako zamiennie ryzyko **powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego** Wykonawcy dla używanego w specyfikacji **trwałej niezdolności ubezpieczonego do pracy?**

niezdolność do samodzielnej egzystencji – zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego będące wynikiem choroby lub wypadku, które zaistniały w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela powodujące wydanie przez właściwego lekarza orzecznika, właściwą komisję lekarską prawomocnego orzeczenia lub prawomocnego wyroku sądu lub decyzji organu rentowego, na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, stwierdzające niezdolność do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego na okres powyżej 24 miesięcy. Ostateczną decyzję o uznanie świadczenia podejmuje komisja lekarska ubezpieczyciela?

SIWZ II, Definicje obligatoryjne 12.7.

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, iż nie wyraża zgody na powyższe rozwiązanie.

Pytanie 24

Czy Zamawiający zaakceptuje definicję **partnera** Wykonawcy?

partner – osoba płci przeciwnej wobec ubezpieczonego, wskazana przez ubezpieczonego w deklaracji uczestnictwa/zmiany, jako osoba z nim niespokrewniona, pozostająca z ubezpieczonym w nieformalnym związku, prowadząca z ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe oraz niepozostająca w związku małżeńskim z osobą trzecią, która w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia nie pozostaje w związku małżeńskim z osobą trzecią, o ile ubezpieczony w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia również nie pozostaje/wał w związku małżeńskim z osobą trzecią?

SIWZ II, Definicje obligatoryjne 12.8.

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, iż dopuszcza, ale nie wymaga.

Pytanie 25

Czy Zamawiający uzna w definicji urodzenia dziecka w przypadku przysposobienia dziecka: za urodzenie dziecka uważa się również przysposobienie dziecka, o ile urodziło się ono w okresie odpowiedzialności Wykonawcy?

SIWZ II, Definicje obligatoryjne 12.11.

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, iż nie wyraża zgody na powyższe rozwiązanie.

Pytanie 26

Czy Zamawiający uzna katalog poważnych zachorowań Wykonawcy wraz z definicjami?

***poważne zachorowanie** – jedno z poniżej wymienionych poważnych zachorowań zamieszczonych w katalogu poważnych zachorowań, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela: katalog poważnych zachorowań:*

- 1) *nowotwór (guz) złośliwy,*
- 2) *zawał serca,*
- 3) *udar mózgu,*
- 4) *operacja pomostowania naczyń wieńcowych,*
- 5) *niewydolność nerek,*
- 6) *przeszczepianie narządów,*
- 7) *zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji krwi,*
- 8) *zakażenie wirusem HIV w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych,*
- 9) *paraliż,*
- 10) *utrata kończyn,*
- 11) *utrata wzroku,*
- 12) *utrata słuchu,*
- 13) *utrata mowy,*
- 14) *ciężkie oparzenia,*
- 15) *łagodny nowotwór mózgu*,*
- 16) *śpiączka,*
- 17) *choroba Creutzfeldta-Jacoba,*
- 18) *operacja aorty,*
- 19) *choroba Alzheimera,*
- 20) *schyłkowa niewydolność wątroby,*
- 21) *operacja zastawek serca,*
- 22) *stwardnienie rozsiane,*
- 23) *choroba Parkinsona,*
- 24) *anemia aplastyczna,*
- 25) *zapalenie mózgu,*
- 26) *schyłkowa niewydolność oddechowa,*
- 27) *zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,*
- 28) *bąblowiec mózgu,*
- 29) *zgorzel gazowa,*
- 30) *masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie,*
- 31) *odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu,*
- 32) *ropień mózgu,*
- 33) *sepsa,*

- 34) borelioza,
- 35) tężec,
- 36) wścieklizna,
- 37) gruźlica,
- 38) choroba Huntingtona,
- 39) zakażona martwica trzustki,
- 40) choroba neuronu ruchowego,
- 41) bakteryjne zapalenie wsierdza,
- 42) utrata kończyn wskutek choroby,
- 43) bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowych,
- 44) przewlekłe zapalenie wątroby typu C

Definicje:

1) NOWOTWÓR (GUZ) ZŁOŚLIWY

Za nowotwór (guz) złośliwy uważa się nowotwór (guz)złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

1. rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
2. rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania co najmniej T2N0M0,
3. wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka,
4. rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
5. wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

2) ZAWAŁ SERCA

Za zawał serca uważa się rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

1. typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
2. jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.

3) UDAR MÓZGU

Za udar mózgu uważa się martwicę tkanki mózgowej wywołaną przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:

1. wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
2. obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
3. obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone).

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

1. epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
2. zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
3. wtórne krwotoki do istniejących ognisk poudarowych,
4. jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współlistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych.

4) OPERACJA POMOSTOWANIA NACZYŃ WIEŃCOWYCH

Za operację pomostowania naczyń wieńcowych uważa się przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona wskutek zalecenia specjalisty – kardiologa.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.

5) NIEWYDOLNOŚĆ NEREK

Za niewydolność nerek uważa się schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek.

6) PRZESZCZEPIANIE NARZĄDÓW

Za przeszczepianie narządów uważa się przeszczepienie osobie ubezpieczonej jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:

1. serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki, lub
2. szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.

Przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.

7) ZAKAŻENIE HIV/HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS LUB ROZPOZNANIE AIDS /NABYTY ZESPÓŁ NIEDOBORU ODPORNOŚCI (w wyniku transfuzji krwi)

Za zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS /Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w wyniku transfuzji krwi) uważa się zakażenie, w przypadku którego można udowodnić, że zostało spowodowane przetoczeniem zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych, pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia.

8) ZAKAŻENIE HIV/HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS LUB ROZPOZNANIE AIDS /NABYTY ZESPÓŁ NIEDOBORU ODPORNOŚCI (w związku z wykonywanym zawodem)

Za zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS /Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w związku z wykonywanym zawodem) uważa się zakażenie, w przypadku którego można udowodnić, że jest wynikiem przypadkowego ukłucia się igłą/ skaleczenia podczas pełnienia obowiązków wynikających z wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologii, pielęgniarki, sanitariusza, strażaka lub policjanta. Każde takie zdarzenie, będące powodem roszczenia musi nastąpić w okresie ważności polisy i musi być zgłoszone ubezpieczycielowi w ciągu 7 dni od zaistnienia tego

zdarzenia. Dodatkowo test w kierunku HIV wykonany bezpośrednio po tym zdarzeniu musi być negatywny, a serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy licząc od daty zdarzenia.

9) PARALIŻ

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 diplegia, hemiplegia, tetraplegia lub quadriplegia.

10) UTRATA KOŃCZYN

Za utratę kończyn uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę dwóch lub więcej kończyn spowodowaną zewnętrznym urazem. Ubezpieczenie obejmuje także jednoczesową utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp oraz utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy.

11) UTRATA WZROKU

Za utratę wzroku uważa się całkowitą i nieodwracalną obuoczną utratę wzroku spowodowaną nagłym zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez okulistę. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

12) UTRATA SŁUCHU

Za utratę słuchu uważa się całkowitą i nieodwracalną obu uszną utratę słuchu spowodowaną nagłym zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi być postawione na podstawie badań audiometrycznych i potwierdzone przez laryngologa. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

13) UTRATA MOWY

Za utratę mowy uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę możliwości mówienia trwającą nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych. Wykluczeniem są objęte wszelkie przypadki utraty zdolności mówienia spowodowane schorzeniami psychicznymi. Utrata zdolności mówienia nie może być skorygowana przy zastosowaniu jakichkolwiek procedur terapeutycznych.

14) CIĘŻKIE OPARZENIA

Za ciężkie oparzenia uważa się oparzenie III-go stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała.

15) ŁAGODNY NOWOTWÓR MÓZGU

Za łagodny nowotwór mózgu uważa się wewnątrzczaszkowy zagrażający życiu, niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwały ubytek neurologiczny.

16) ŚPIĄCZKA

Za śpiączkę uważa się stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeb 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 w zakresie neurologii. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z użycia alkoholu i innych substancji odurzających.

17) CHOROBA CREUTZFELDTA - JAKOBA

Za chorobę Creutzfeldta – Jakoba uważa się postępującą chorobę zakaźną (zakażenie następuje m.in. poprzez spożycie zakażonego mięsa lub innych produktów, w następstwie zabiegów medycznych), charakteryzującą się objawami psychicznymi (otępienie) oraz neurologicznymi (objawy porażenia

nerwów, zaburzenia wzroku, zaburzenia równowagi i inne). Jednoznaczna diagnoza musi być postawiona przez specjalistę neurologa.

18) OPERACJA AORTY

Za operację aorty uważa się operację chirurgiczną aorty piersiowej lub brzusznej przeprowadzoną z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty. Ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty.

19) CHOROBA ALZHEIMERA

Za chorobę Alzheimera uważa się pogorszenie się lub utratę czynności intelektualnych spowodowaną nieodwracalnymi zmianami funkcjonowania mózgu. Rozpoznanie musi zostać postawione przez lekarza neurologa w oparciu o dane kliniczne oraz testy i kwestionariusze służące do diagnostyki choroby Alzheimera i demencji. Choroba musi powodować poważne upośledzenie funkcji poznawczych.

20) SCHYŁKOWA NIEWYDOLNOŚĆ WĄTROBY

Za schyłkową niewydolność wątroby uważa się schyłkową postać choroby (marskości) wątroby powodującą co najmniej jeden z poniższych objawów:

- a) wodobrzusze nie poddające się leczeniu
- b) trwała żółtaczka
- c) żylaki przełyku
- d) encefalopatia wrotna.

Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są przypadki chorób wątroby powstałych skutkiem nadużywania alkoholu, leków itp. środków.

21) OPERACJA ZASTAWEK SERCA

Za operację zastawek serca uważa się pierwszorazową operację wymiany jednej lub więcej zastawek serca, wykonaną przy otwartym sercu lub bez otwierania serca, przeprowadzoną na skutek uszkodzenia, które nie może zostać skorygowane jedynie przy użyciu technik śródnaczyniowych. Operacja musi zostać zalecona przez specjalistę w zakresie kardiologii.

22) STWARDNIENIE ROZSIANE

Za stwardnienie rozsiane uważa się zespół mnogich ubytków neurologicznych wywołanych demielinizacją mózgu lub rdzenia kręgowego, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy. Rozpoznanie musi być ostateczne i postawione przez specjalistę neurologa oraz poprzedzone więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia.

23) CHOROBA PARKINSONA

Za chorobę Parkinsona uważa się jednoznaczną diagnozę choroby Parkinsona postawioną przez specjalistę neurologa w oparciu o określone oznaki postępującego i nieodwracalnego uszkodzenia układu nerwowego, charakteryzująca się niezdolnością ubezpieczonego do wykonywania co najmniej trzech (3) z sześciu (6) opisanych poniżej podstawowych czynności życia codziennego, w sytuacji prowadzenia optymalnego leczenia.

Czynności dnia codziennego:

1. Kąpiel: samodzielne (bez pomocy innych osób) umycie się w wannie lub pod prysznicem (wraz z wejściem i wyjściem z wanny lub spod prysznica) lub umycie się w inny sposób.
2. Ubieranie: samodzielne (bez pomocy innych osób) ubranie i rozebranie się a także zakładanie i zdejmowanie wszelkiego rodzaju protez i aparatów ortopedycznych, jeśli istnieje konieczność ich używania.
3. Jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku.

4. Toaleta: samodzielne (bez pomocy innych osób) korzystanie z toalety bądź takie zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym, aby możliwe było utrzymanie higieny osobistej na satysfakcjonującym poziomie.
5. Poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni.
6. Przemieszczanie się: zdolność do samodzielnego (bez pomocy innych osób) przemieszczania się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem.

Przypadki choroby Parkinsona wywołane lekami lub substancjami toksycznymi nie są objęte ochroną.

24) ANEMIA APLASTYCZNA

Za anemię aplastyczną uważa się przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego powodujące niedokrwistość, neutropenię i trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej jednym z niżej wymienionych sposobów:

- a) przetaczanie preparatów krwiopochodnych,
- b) podawanie preparatów stymulujących szpik,
- c) podawanie preparatów immunosupresyjnych,
- d) przeszczepienie szpiku kostnego.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii.

25) ZAPALENIE MÓZGU

Za zapalenie mózgu uważa się zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, mózdzku) o ciężkim przebiegu, wywołane przez infekcję wirusową i powodujące powstanie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się przez okres co najmniej sześciu tygodni. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa. Zapalenie mózgu wywołane infekcją HIV nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową.

26) SCHYŁKOWA NIEWYDOLNOŚĆ ODDECHOWA

Za schyłkową niewydolność oddechową uważa się schyłkowe stadium choroby płuc powodującej przewlekłą niewydolność oddechową wyrażającą się wszystkimi niżej wymienionymi objawami:

- a) natężona objętość wydechuowa jednosekundowa (FEV₁) utrzymująca się na poziomie poniżej jednego litra w kolejnych badaniach,
- b) konieczność prowadzenia stałej terapii tlenem ze względu na hipoksemię,
- c) ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej (PaO₂) poniżej 55 mmHg,
- d) duszność spoczynkowa.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza pulmonologa.

27) ZAPALENIE OPON MÓZGOWO-RDZENIOWYCH

Za zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych uważa się zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych powodujących powstanie znacznego i trwałego ubytku neurologicznego potwierdzonego przez specjalistę neurologa. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego.

28) BĄBLOWIEC MÓZGU

Za bąbłowiec mózgu uważa się tylko taki bąbłowiec mózgu, który oznacza usuniętą chirurgicznie zmianę w mózgu, składającą się z pojedynczych lub mnogich larw typu echinococcus (pęcherz bąbłowcowy), potwierdzoną w rozpoznaniu histopatologicznym.

29) ZGORZEL GAZOWA

Za zgorzel gazową uważa się tylko taką zgorzel, która wymaga zastosowania leczenia w warunkach szpitalnych, z powodu rozpoznania potwierdzonego 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.

30) MASYWNY ZATOR TĘTNICY PŁUCNEJ LECZONY OPERACYJNIE

Za masywny zator tętnicy płucnej uważa się tylko taki masywny zator tętnicy płucnej, 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.

31) ODKLESZCZOWE WIRUSOWE ZAPALENIE MÓZGU,

Za odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu uważa się tylko taką chorobę przenoszoną przez kleszcze, która przebiega z różnorodnymi objawami neurologicznymi, skutkującymi koniecznością hospitalizacji i została potwierdzona badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego. Rozpoznanie choroby powinno być jednoznacznie ustalone przez lekarza specjalistę neurologa wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 84) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego.

32) ROPIEŃ MÓZGU

Za ropień mózgu uważa się wyłącznie taki ropień, który jest usuniętą chirurgicznie zmianą w mózgu opisaną w rozpoznaniu histopatologicznym jako ropień mózgu.

33) SEPSA

Za sepsę uważa się tylko taką sepsę, która oznacza uogólnioną reakcję zapalną organizmu na zakażenie bakteriami, grzybami lub wirusami objawiającą się 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.

Odpowiedzialnością nie są objęte przypadki sepsy wtórnej po zabiegach operacyjnych i/lub urazach. Jednoznaczne rozpoznanie musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie.

34) BORELIOZA

Za boreliozę uważa się 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 swoistego badania immunologicznego.

35) TĘŻEC

Za tężec uważa się tylko taki tężec, który oznacza chorobę zakaźną spowodowaną neurotoksynami wytwarzanymi przez laseczki tężca (tetanospasminy). Charakteryzuje się wzmożonym napięciem mięśni szkieletowych w następstwie działania tetanospasminy na układ nerwowy. Odpowiedzialnością są objęte tylko pełnoobjawowe przypadki wymagające intensywnej terapii w warunkach szpitalnych. Jednoznaczne rozpoznanie musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie.

36) WŚCIEKLIZNA

Za wściekliznę uważa się tylko taką ostrą chorobę zakaźną wymagającą leczenia w warunkach szpitalnych, której istotą jest ostre zapalenie mózgu i rdzenia wywołane przez potwierdzone w dokumentacji medycznej zakażenie wirusem wścieklizny (Rabies virus).

37) GRUŻLICA

Za gruźlicę uważa się tylko taką chorobę zakaźną, która jest spowodowana prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*) i przebiega z zajęciem mięszu płucnego lub drzewa tchawiczoskrzelowego bądź też opłucnej, węzłów chłonnych klatki piersiowej, układu moczowo-płciowego, kości i stawów, opon mózgowych. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem badania bakteriologicznego lub histopatologicznego i decyzją o wdrożeniu leczenia przeciwprątkowego.

38) CHOROBA HUNTINGTONA

Za chorobę Huntingtona uważa się postępującą chorobę ośrodkowego układu nerwowego, rozpoznaną przez specjalistę w zakresie neurologii, w oparciu o dostępne w tym zakresie metody diagnostyczne.

39) ZAKAŻONA MARTWICA TRZUSTKI

Za zakażoną martwicę trzustki uważa się tylko taką zakażoną martwicę trzustki, z powodu której przeprowadzono pierwszorazową operację chirurgiczną polegającą na laparotomii i nekrotomii, czyli otwarciu jamy brzusznej i usunięciu martwiczych tkanek około trzustkowych lub trzustki u osoby, u której rozpoznano zakażenie tych tkanek w przebiegu ostrego zapalenia trzustki.

40) CHOROBA NEURONU RUCHOWEGO

Za chorobę neuronu ruchowego uważa się tylko taką postępującą chorobę zwyrodnieniową układu nerwowego, która jest spowodowana wybiórczym uszkodzeniem neuronów ruchowych: obwodowego i ośrodkowego. Podstawą rozpoznania postawionego przez specjalistę w zakresie neurologii jest obraz kliniczny i wynik badania elektromiografii (EMG).

41) BAKTERYJNE ZAPALENIE WSIEDZIA

Za bakteryjne zapalenie wsierdza uważa się tylko takie pozaszpitalne infekcyjne zapalenie wsierdza (IZW) u osoby z własnymi zastawkami serca i bez ciał obcych w układzie sercowo-naczyniowym, które zostało 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.

42) UTRATA KOŃCZYN WSKUTEK CHOROBY

Za utratę kończyny uważa się amputację co najmniej jednej kończyny wskutek choroby:

- a) powyżej nadgarstka – w zakresie kończyn górnych,
- b) powyżej stawu skokowego – w zakresie kończyn dolnych.

43) BAKTERYJNE ZAPALENIE MÓZGU I/LUB OPON MÓZGOWO-RDZENIOWYCH

Za bakteryjne zapalenie mózgu i/lub opon mózgowo-rdzeniowych uważa się tylko takie ciężkie zapalenie tkanki mózgowej (półkul mózgu, pnia mózgu) i/lub opon mózgowo-rdzeniowych spowodowane zakażeniem bakteryjnym, powodujące znaczące, trwałe i nieodwracalne następstwa neurologiczne, co musi zostać potwierdzone badaniem specjalisty neurologa przeprowadzonym nie wcześniej niż po upływie 3 miesięcy od początku choroby.

Wykluczone są zapalenia w przebiegu HIV.

44) PRZEWLEKŁE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU C

Za przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C uważa się przewlekłe, aktywne zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu C trwające ponad 6 miesięcy.

Kryteria rozpoznania, które muszą być spełnione łącznie:

1. stwierdzenie obecności przeciwciał anty HCV (IgG) lub/i obecności HCV RNA,
2. w badaniu histopatologicznym (biopsja wątroby) wykonanym nie wcześniej niż po 6 miesiącach od początku choroby obecność cech przewlekłego aktywnego zapalenia wątroby oraz włóknienia lub marskości.

SIWZ II, 12. Definicje obligatoryjne 12.12.

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, iż dopuszcza katalog poważnych zachorowań Wykonawcy wraz z definicjami, z wyjątkiem pkt 14 – ciężkie oparzenia, gdzie zgodnie z SIWZ odpowiedzialnością Wykonawcy objęte są oparzenia obejmujące ponad 60 % powierzchni ciała dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie, albo obejmujące ponad 15 % powierzchni ciała dla oparzeń III stopnia (SIWZ cz. II, pkt 12.12), ale nie wymaga.

Pytanie 27

Czy Zamawiający dopuszcza zapis w poważnych zachorowaniach o następującej treści:

W czasie trwania umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego tego samego rodzaju poważnego zachorowania. Odpowiedzialność dotyczy wyłącznie tych rodzajów poważnych zachorowań, które nie są w związku przyczynowo-skutkowym z poprzednim poważnym zachorowaniem, powodującym wypłatę świadczenia, ani nie wystąpiły w rezultacie działania tego samego patogennego czynnika.

SIWZ II, 12. Definicje obligatoryjne 12.12.

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, iż nie dopuszcza powyższego zapisu.

Pytanie 28

Czy Zamawiający uzna za równoważną definicję leczenia specjalistycznego oraz katalog metod leczenia wraz z zawartymi w nim definicjami Wykonawcy:

Leczenie specjalistyczne – jedna z metod leczenia wymieniona w katalogu metod leczenia specjalistycznego zastosowanych w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.

Katalog metod leczenia specjalistycznego:

1) ABLACJA

Za ablację uważa się zabieg kardiologiczny przeprowadzony przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej, który ma na celu usunięcie ogniska będącego źródłem zaburzeń rytmu serca.

2) WSZCZEPIENIE KARDIOWERTERA/DEFIBRYLATORA

Za wszczepienie kardiowertera/defibrylatora uważa się metodę leczenia chorych z poważnymi zaburzeniami rytmu serca oraz chorych po epizodach nagłego zatrzymania krążenia polegającą na umieszczeniu w organizmie chorego urządzenia elektronicznego wyposażonego w funkcję detekcyjną, defibrylacyjną i stymulacyjną.

3) WSZCZEPIENIE ROZRUSZNIKA SERCA (STYMULATORA SERCA, KARDIOSTYMULATORA)

Za wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora) uważa się metodę leczenia stosowaną u chorych z zaburzeniami rytmu serca (bradyarytmia) polegającą na umieszczeniu w organizmie chorego urządzenia elektronicznego pobudzającego czynność elektryczną serca za pomocą prądu elektrycznego.

4) CHEMIOTERAPIA

Za chemioterapię uważa się metodę ogólnoustrojowego (leczenie systemowe) leczenia choroby nowotworowej przy użyciu co najmniej jednego leku z grupy leków L, według klasyfikacji ATC, podanego drogą pozajelitową.

5) RADIOTERAPIA

Za radioterapię uważa się metodę stosowaną w onkologii polegającą na zastosowaniu promieniowania jonizującego w celu leczenia chorób nowotworowych.

6) TERAPIA INTERFERONOWA

Za terapię interferonową uważa się metodę leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C polegającą na zastosowaniu interferonu podawanego drogą pozajelitową.

7) DIALIZOTERAPIA

Za dializoterapię uważa się metodę leczenia ostrej i krańcowej przewlekłej niewydolności nerek przy użyciu hemodializy lub dializy otrzewnowej.

SIWZ II, 12. Definicje obligatoryjne 12.13.

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, że w opisie przedmiotu zamówienia nie znajduje się leczenie specjalistyczne ani katalog metod leczenia specjalistycznego oraz nie jest ono przewidywane jako odrębne świadczenie wymagane od Wykonawcy.

Pytanie 29

Czy Zamawiający uzna za równoważną definicję **OIOM/OIT** na zdrowiu Wykonawcy:

***OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii) – wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągle monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia?*

SIWZ II, 12. Definicje obligatoryjne 12.13.

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, iż dopuszcza, ale nie wymaga.

Pytanie 30

Czy Zamawiający zechce zaakceptować jako zamienną definicję **rehabilitacji poszpitalnej** Wykonawcy dla używanego w specyfikacji **rekonwalescencji**:

***Rehabilitacja poszpitalna** – trwający nieprzerwanie, bezpośrednio po pobycie w szpitalu kończącym się w trakcie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym przez ten szpital?*

SIWZ II, 12. Definicje obligatoryjne 12.13.

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, iż dopuszcza, ale nie wymaga.

Pytanie 31

Załącznik nr 4 do SIWZ str.2 § 4.3. Wykonawca zobowiązuje się do likwidacji szkód i wypłaty świadczeń niezwłocznie po otrzymaniu kompletnej dokumentacji, nie później jednak niż w terminie określonym ustawowo.

Proponujemy zmianę zapisu na zapis zgodny z art. 817 K.C. tj.: „Wykonawca wykonuje zobowiązania najpóźniej w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu objętym odpowiedzialnością Wykonawcy. W przypadku, gdy wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Wykonawcy w stosunku do ubezpieczonego albo

wysokości zobowiązania okazało się niemożliwe, Wykonawca wykonuje zobowiązania w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.”

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, iż nie wyraża zgody na powyższą zmianę.

Pytanie 32

Załącznik nr 4 do SIWZ Str.2 § 4.4. Zamawiający, w razie konieczności, wymaga zapewnienia badania lekarskiego w celu orzeczenia wysokości stopnia uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, które zostanie wykonane w odległości nie większej niż 50 km od siedziby Zamawiającego. W innym przypadku Wykonawca zapewnia możliwość wypłaty stosowanego świadczenia na podstawie przekazanej dokumentacji lekarskiej.

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na doprecyzowanie fragmentu zapisu: „W innym przypadku Wykonawca zapewnia możliwość wypłaty stosownego świadczenia na podstawie przekazanej kompletnej dokumentacji lekarskiej.”?

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, iż nie wyraża zgody na powyższą zmianę.

Pytanie 33

Załącznik nr 4 do SIWZ Str.2 § 5.2. Wypłaty należnych świadczeń wypłacane będą w formie przelewu na wskazane przez ubezpieczonego konto bankowe bądź w formie gotówki w kasie wskazanej przez Wykonawcę, a jeżeli ubezpieczony nie posiada konta bankowego – przekazem pocztowym na adres podany przez ubezpieczonego.

Proponujemy zmianę zapisu na „Wypłaty należnych świadczeń wypłacane będą w formie przelewu na wskazane przez ubezpieczonego konto bankowe bądź w formie gotówki w kasie wskazanej przez Wykonawcę, a jeżeli ubezpieczony nie posiada konta bankowego w formie gotówki w kasie wskazanej przez Wykonawcę.”

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, iż nie wyraża zgody na powyższą zmianę.

Pytanie 34

Załącznik nr 1 do SIWZ

Wykonawca zwraca się z prośbą o potwierdzenie, że wymagany w nagłówku nr konta bankowego nie dotyczy wpłat składki za ubezpieczenie.

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, że wymagany w nagłówku nr konta bankowego może, ale nie musi dotyczyć wpłat składki za ubezpieczenie.

Pytanie 35

Wykonawca prosi o potwierdzenie, iż wysokości świadczeń podane w tabeli z zakresem świadczeń są wartościami skumulowanymi (łącznie), czyli ostatecznymi do wypłaty za dane zdarzenie, np. w przypadku śmierci ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku ostateczna wysokość

należnego świadczenia musi wynosić 79 000 zł (jednocześnie Wykonawca informuje, iż ma świadomość, że może zaoferować wartości świadczeń wyższe, niż wskazane w tabeli).

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, iż potwierdza powyższą interpretację.

Pytanie 36

W tabeli ze świadczeniami Zamawiający wskazał w pkt 22 „leczenie szpitalne – za każdy dzień pobytu na OIOM (od 1 do 7 dnia)”, a oczekiwana minimalna kwota świadczenia wynosi 350 zł – czy Wykonawca ma rozumieć, że za pobyt na OIOM trwający od 1 do 7 dni należna jest jednorazowa kwota 350 zł, czy że za pobyt 7-dniowy należna jest kwota 350 zł (czyli 50 zł za każdy dzień)? Jeżeli interpretacja Wykonawcy nie jest prawidłowa, prosimy o wskazanie, ile ma wynosić świadczenie za 1 dzień pobytu na OIOM/OIT.

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, że świadczenie za jeden dzień pobytu na OIOM/OIT wynosi 350 zł, z tym że odpowiedzialność Wykonawcy ograniczona jest do wypłaty świadczenia z tego tytułu za maksymalnie 7 dni pobytu w każdym kolejnym roku okresu ubezpieczenia (SIWZ cz. II, pkt 12.13.)

Pytanie 37

Zamawiający w katalogu ciężkich chorób wskazał, że w ramach przeszczepu narządów wymaga przeszczepu nerki. Czy Zamawiający zaakceptuje, że za przeszczep nerki Wykonawca zapłaci świadczenie w ramach ciężkiej choroby „niewydolność nerek” (której również Zamawiający wymaga), aby nie doszło do podwójnej wypłaty świadczenia za to samo zachorowanie w ramach tego samego ubezpieczenia?

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, iż wyraża zgodę na powyższe rozwiązanie.

Pytanie 38

We wzorze umowy w par. 7 ust. 3 jest zapis:

„Wykonawca zobowiązuje się do zniesienia wszelkich okresów karencji dla osób objętych dotychczas u Zamawiającego grupowym ubezpieczeniem na życie oraz osób przystępujących do grupowego ubezpieczenia na życie, jeżeli przystąpili oni do ubezpieczenia poprzez złożenie deklaracji uczestnictwa i opłacenie składki przed upływem 3 miesięcy liczonych od daty:

- rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia,
- nawiązania stosunku prawnego, jeżeli stosunek prawny ubezpieczanego z ubezpieczającym powstał po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej,
- zawarcia związku małżeńskiego,
- ukończenia 18-go roku życia (dotyczy dziecka pracownika),
- powrotu z urlopu macierzyńskiego/tacierzyńskiego, wychowawczego oraz bezpłatnego przez pracownika, współmałżonka/partnera, pełnoletnie dziecko.”

Natomiast w SIWZ w pkt 11.3 i 11.4 nie wynika konieczność zniesienia karencji dla osoby, która przystąpi do ubezpieczenia przed upływem 3 miesięcy od powrotu z urlopu macierzyńskiego/macierzyńskiego, wychowawczego oraz bezpłatnego przez pracownika,

współmałżonka/partnera, pełnoletnie dziecko. W związku z rozbieżnością pomiędzy zapisami SIWZ i umowy Wykonawca prosi o informację, które zapisy są obowiązujące.

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, że obowiązującym zapisem jest zapis w § 7 ust. 3 umowy.

Jednocześnie Zamawiający informuje, że modyfikuje zapis w części II pkt. 11.4 SIWZ, dodając tiret 4 o treści: „ powrotu z urlopu macierzyńskiego/tacierzyńskiego, wychowawczego oraz bezpłatnego przez pracownika, współmałżonka/partnera, pełnoletnie dziecko.”

Pytanie 39

Czy Zamawiający dopuszcza pomniejszenie kwoty wypłaty świadczenia z tytułu zgonu osoby ubezpieczonej o ile wcześniej zostało wypłacone świadczenie z tytułu leczenia specjalistycznego, zgon nastąpił w ciągu 6 miesięcy od doręczenia wniosku o wypłatę świadczenia i między leczeniem specjalistycznym a zgonem jest związek przyczynowo-skutkowy?

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, że w opisie przedmiotu zamówienia nie znajduje się leczenie specjalistyczne i nie jest ono przewidywane jako odrębne świadczenie wymagane od Wykonawcy.

Pytanie 40

Czy Zamawiający dopuszcza, aby ochrona ubezpieczeniowa w zakresie leczenia specjalistycznego dotyczyła leczenia zastosowanego wskutek choroby stwierdzonej lub nieszczęśliwego wypadku zaistniałego po dniu zawarcia umowy?

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, że w opisie przedmiotu zamówienia nie znajduje się leczenie specjalistyczne i nie jest ono przewidywane jako odrębne świadczenie wymagane od Wykonawcy.

Pytanie 41

Czy Zamawiający dopuszcza pomniejszenie kwoty wypłaty świadczenia z tytułu zgonu osoby ubezpieczonej o ile wcześniej zostało wypłacone świadczenie z tytułu ciężkiej choroby, zgon nastąpił w ciągu 6 miesięcy od doręczenia wniosku o wypłatę świadczenia i między ciężką chorobą a zgonem jest związek przyczynowo-skutkowy?

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, iż nie wyraża zgody na powyższą zmianę.

Pytanie 42

Czy Zamawiający dopuszcza dodatkowe ograniczenia w wypłacie świadczeń – np. świadczenie za zgon w następstwie krwotoku śródmózgowego lub zawału serca będzie należne jeżeli krwotok śródmózgowy lub zawał serca miał miejsce w okresie ubezpieczenia a śmierć osoby ubezpieczonej nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia wystąpienia krwotoku śródmózgowego lub zawału serca?

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, iż dopuszcza, ale nie wymaga.

Pytanie 43

Czy Zamawiający dopuszcza dodatkowe ograniczenia w wypłacie świadczeń – np. wypłata za trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeżeli – trwały uszczerbek na zdrowiu, nastąpił w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku?

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, iż nie wyraża zgody na powyższe rozwiązanie.

Pytanie 44

Czy Zamawiający dopuszcza dodatkowe ograniczenia w wypłacie świadczeń – np.

- wypłata świadczenia z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku tylko jeżeli nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku?
- wypłata świadczenia z tytułu śmierci wskutek wypadku komunikacyjnego tylko jeżeli nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia wypadku komunikacyjnego?
- wypłata świadczenia z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku w pracy tylko jeżeli nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia wypadku w pracy?

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, iż nie wyraża zgody na powyższe rozwiązanie.

Zgodnie z SIWZ cz. II pkt 12.2. prawo do świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego lub współubezpieczonego (małżonka, dziecka, rodzica bądź rodzica małżonka ubezpieczonego) spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem przysługuje, jeżeli zgon nastąpi przed upływem 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku. Ta zasada odnosi się również do wypadku komunikacyjnego oraz wypadku w pracy.

Pytanie 45

Czy Zamawiający dopuszcza ograniczenia w O.W.U. Wykonawcy, które przewidują brak ochrony z tytułu poszczególnych ryzyk po osiągnięciu przez ubezpieczonego określonego wieku np. 60, 65 lat – np. śmierć w następstwie krwotoku śródmózgowego lub zawału serca, trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie krwotoku śródmózgowego lub zawału serca, pobytu w szpitalu w wyniku choroby, ciężkiej choroby?

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, iż nie wyraża zgody na powyższe rozwiązanie.

Zgodnie z SIWZ cz. II pkt 11.9. Zamawiający **nie dopuszcza ograniczeń Wykonawcy przewidujących brak ochrony ubezpieczeniowej z tytułu poszczególnych ryzyk** (np. śmierć w wyniku zawału serca, trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca, pobyt w szpitalu z powodu choroby, itp.) po osiągnięciu przez ubezpieczonego określonego wieku (np. 60, 65 lat).

Pytanie 46

Czy zamawiający dopuszcza ograniczenia w wypłacie świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu stanowiące, że świadczenie zostanie wypłacone gdy wartość procentowa trwałego uszczerbku na zdrowiu osoby ubezpieczonej w następstwie nieszczęśliwego wypadku wyniesie określoną wartość np. ponad 20%, np. ponad 25%?

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, iż nie wyraża zgody na powyższe rozwiązanie.

Świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu będą wypłacane, bez stosowania żadnych ograniczeń, już od 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu osoby ubezpieczonej.

Działając w oparciu o art. 38 ust 4 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2010 r. Nr 113, poz. 759 z późn. zm.) informujemy, że w wyniku zapytań uległa modyfikacji SIWZ. Zmodyfikowany dokument dostępny jest na stronie internetowej www.bip.rudka.com.pl w zakładce: Zamówienia publiczne

DYREKTOR


mgr Marianna Zambrzycka