***Załącznik 1 do SIWZ***

***ZP/PN/62/2016***

**Opis przedmiotu zamówienia na usługę**

**„Grupowego ubezpieczenia na życie pracowników Szpitala Powiatowego w Zawierciu**

**oraz członków ich rodzin”**

1. **Informacje ogólne :**
2. Ubezpieczający :

Szpital Powiatowy w Zawierciu

Ul. Miodowa 14

42-400 Zawiercie

Regon: 276271110

Stan na :

|  |  |
| --- | --- |
|  | Liczba |
| Pracownicy ogółem | 715 |
| Pracownicy ubezpieczeni w ramach ubezpieczeń grupowych | 446 |
| Współmałżonkowie, pełnoletnie dzieci oraz partnerzy życiowi posiadający ochronę ubezpieczeniową w ramach ubezpieczeń grupowych na prawach pracownika | 112 |

Struktura zawodowo-wiekowa została określona w załączniku nr 4

1. Okres ubezpieczenia: od 01.03.2017 do 29.02.2020 (36 miesięcy)
2. Początek i koniec odpowiedzialności :

36 miesięcy od podpisania i wejścia w życie umowy pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcą. Początkiem odpowiedzialności będzie pierwszy dzień miesiąca kalendarzowego pierwszego miesiąca udzielania ochrony, zaś dniem końca odpowiedzialności będzie ostatni dzień miesiąca kalendarzowego 36 miesiąca odpowiedzialności Ubezpieczyciela

1. Przedmiot Zamówienia :

Przedmiotem zamówienia jest usługa grupowego ubezpieczenia na życie pracowników Powiatowego Szpitala w Zawierciu, ich małżonków, pełnoletnich dzieci oraz partnerów życiowych

1. Zakres ubezpieczenia i uprawnieni do ubezpieczenia:

Wraz z zawarciem umowy lub w trakcie jej trwania do ubezpieczenia mogą przystąpić pracownicy Zamawiającego, ich małżonkowie, pełnoletnie dzieci oraz partnerzy życiowi, którzy w dniu złożenia deklaracji przystąpienia ukończyli 18 rok życia i nie ukończyli 69 roku życia.**W stosunku do osób zatrudnionych, które przystąpią do ubezpieczenia przed ukończeniem 69 roku życia, a będą nadal pracownikami Zamawiającego zostaną objęte pełnym zakresem ubezpieczenia przez cały okres trwania umowy zawartej w drodze niniejszego postępowania**. **W stosunku do członków rodzin ochrona wygasa w momencie ukończenia przez członka rodziny 70 rok życia.** Wykonawca obejmuje ochroną ubezpieczeniową skutki stanów chorobowych oraz wypadków, które zostały stwierdzone lub zaszły przed początkiem odpowiedzialności Wykonawcy/Ubezpieczyciela, a których skutki ujawniły się po rozpoczęciu odpowiedzialności Wykonawcy pod warunkiem, że pracownik, członek rodziny lub partner życiowy był ubezpieczony w ramach ubezpieczenia grupowego funkcjonującego u Zamawiającego (zniesienie pre-existingu). Do okresu wyłączenia odpowiedzialności z tytułu zgonu ubezpieczającego w wyniku samobójstwa Wykonawca zaliczy staż ubezpieczonego z poprzedniej umowy ubezpieczenia. Wykonawca nie może odmówić wypłaty świadczenia z powodu zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wypadku przy pracy, wypadku komunikacyjnego przy pracy i wypadku komunikacyjnego, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w terminie nieprzekraczającym 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku, wypadku przy pracy, wypadku komunikacyjnego przy pracy lub wypadku komunikacyjnego jeżeli zgon nastąpił w okresie trwania umowy ubezpieczenia zawartej w wyniku udzielenia przedmiotowego zamówienia.

1. Poziom partycypacji:

Zamawiający, z uwagi na dobrowolny charakter ubezpieczenia, nie gwarantuje przystąpienia do ubezpieczenia określonej liczby pracowników i jednocześnie wymaga od Wykonawcy zaakceptowania niezmienności swojej oferty niezależnie od ilości osób przystępujących do ubezpieczenia oraz zniesienia minimalnego limitu ilościowego grupy ubezpieczonych dla danych wariantów.

1. Weryfikacja medyczna:

Zamawiający nie dopuszcza żądania przez Wykonawcę wypełniania ankiet i kwestionariuszy medycznych oraz innych podobnych dokumentów, na podstawie których weryfikowany może być ich stan zdrowia. Sytuacja dotyczy Ubezpieczonych tj. pracowników i członków ich rodzin w ramach wcześniejszego Ubezpieczenia Grupowego na Życie. Dla wcześniej nie ubezpieczonych pracowników lub członków rodzin przystępujących po okresie 3 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia tj. 01.03.2017 r. Zamawiający dopuszcza oświadczenia o stanie zdrowia. Jednocześnie Wykonawca zobowiązuje się do przyjęcia do ubezpieczenia wszystkich uprawnionych przebywających na zwolnieniach lekarskich, urlopach macierzyńskich i wychowawczych, urlopach bezpłatnych bądź w szpitalu, o ile byli oni ubezpieczeni w dotychczas funkcjonującej umowie ubezpieczenia grupowego na życie, a składka ubezpieczeniowa przekazywana była za te osoby przez Zamawiającego łącznie ze składką za pozostałych uprawnionych.

1. Karencje:

Zamawiający wymaga aby w stosunku do osób będących pracownikami w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, które przystąpią do ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia nie miały zastosowania okresy karencji w pełnym zakresie oferty. Karencji nie stosuje się również w stosunku do osób zatrudnionych w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, które przystąpią do ubezpieczenia grupowego w okresie 3 miesięcy od daty zatrudnienia. W pozostałych przypadkach zastosowanie mają zapisy OWU dotyczące okresów karencji z wyłączeniem ryzyk związanych z następstwem nieszczęśliwych wypadków.

Karencje dla członków rodzin pracowników (małżonka, pełnoletniego dziecka) - Zamawiający wymaga brak zastosowania karencji pod warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia. Karencje nie będą miały zastosowania również w stosunku do członków rodziny, którzy przystąpią do ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia w okresie 3 miesięcy od daty zatrudnienia pracownika, od daty zawarcia związku małżeńskiego oraz ukończenia przez dziecko 18 roku życia. W pozostałych przypadkach mają zastosowanie zapisy OWU dotyczące okresów karencji z wyłączeniem ryzyk związanych z następstwami nieszczęśliwych wypadków (obowiązuje pełne zniesienie karencji na zdarzenia będące następstwami NW).

1. **Składka ubezpieczeniowa**
   1. Składka za pracowników opłacana będzie z ich wynagrodzeń w postaci jednego przelewu, za pośrednictwem Zamawiającego
   2. Składka za małżonków, pełnoletnie dzieci oraz partnerów życiowych opłacana będzie przez pracowników z ich wynagrodzenia netto za pośrednictwem zamawiającego na wskazane konto przez Wykonawcę
   3. **Częstotliwość płatności składki : miesięczna**
   4. Składka będzie podlegać ocenie zgodnie z Kryteriami Oceny Ofert

**II. Warianty ubezpieczenia**

1. Ubezpieczenie będzie się składać z III Wariantów różniących się zakresem, wysokością świadczeń wypłacanych z tytułu objętych ochroną zdarzeń oraz składką. Zamawiający szacuję składkę ubezpieczenia na 1 osobę w wysokości nie większej

niż 54,00zł dla Wariantu I,

niż 65,00zł dla Wariantu II,

niż 80,00zł dla Wariantu III,

1. Każdy z uprawnionych dokonuje swobodnego wyboru jednego Wariantu, w ramach którego chce być ubezpieczony. W zależności od wybranego Wariantu ubezpieczenia, pracownik wyraża zgodę na potrącanie przez Zamawiającego odpowiedniej wysokości składki z comiesięcznego wynagrodzenia.
2. Prawo przystąpienia do ubezpieczenia, na warunkach zaproponowanych przez Wykonawcę dla pracowników, będą mieli małżonek/partner życiowy oraz pełnoletnie dziecko pracownika. Osoby te mają prawo wyboru dowolnego Wariantu ubezpieczenia, niezależnie od Wariantu do którego przystąpi pracownik Zamawiającego.
3. Wykonawca zobowiązany jest do utrzymania Wariantów w niezmienionym kształcie do końca okresu ubezpieczenia niezależnie od późniejszych zmian w liczebności uczestników w poszczególnych Wariantach.
4. Zamawiający akceptuję odmienną treść definicji, o ile nie zawęża ona zakresu ochrony i uprawnień Ubezpieczonych w stosunku do założeń SIWZ

**III. Definicje**

1. Pracownik Zamawiającego – to osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, mianowania, wyboru, spółdzielczej umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego, lub innej umowy cywilno-prawnej w szczególności – zlecenia, umowy o dzieło, której przedmiotem jest świadczenie pracy na rzecz zamawiającego
2. Małżonek – to osoba pozostająca z ubezpieczonym w związku małżeńskim w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Za małżonka Wykonawca winien uznać także konkubina/konkubenta, a także partnera życiowego w przypadku związku osób tej samej płci.
3. Zamawiający/Ubezpieczający – Szpital Powiatowy w Zawierciu, który zawiera umowę dobrowolnego grupowego ubezpieczenia na życie w imieniu ubezpieczonych i przekazuje składki ubezpieczeniowe na rzecz Wykonawcy.
4. Ubezpieczony – osoba fizyczna, pracownik zamawiającego, współmałżonek, konkubent/konkubina, partner życiowy lub pełnoletnie dziecko pracownika.
5. Partner życiowy – osoba tej samej płci co ubezpieczony, nie pozostająca w formalnym związku małżeńskim, niespokrewniona z pracownikiem, prowadząca z ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe i nie pozostająca w związku małżeńskim z osobą trzecią. Wskazanie partnera życiowego następuje wyłącznie raz w roku polisowym
6. Konkubina/Konkubent – osoba płci przeciwnej w stosunku do Ubezpieczonego pozostająca w związku poza małżeńskim, nieformalnym z Ubezpieczonym, zgłoszona do ubezpieczenia Deklaracji Przystąpienia do ubezpieczenia, nie spokrewniona z Ubezpieczonym, prowadzona z Ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe, nie pozostająca w związku małżeńskim z osobą trzecią, o ile Ubezpieczony w chwili składania stosownych oświadczeń o konkubinacie, a także w dniu zajścia zdarzenia nie pozostaje/wał w związku małżeńskim. Ubezpieczony może wskazać Konkubinę/Konkubenta wyłącznie raz w roku polisowym, wskazanie Konkubiny/Konkubenta obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym dokonano wskazania.
7. Pełnoletnie dziecko pracownika – dziecko własne pracownika lub dziecko przysposobione przez pracownika, które w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia na jego rzecz miało ukończony 18 rok życia.
8. Dziecko – dziecko własne pracownika lub przysposobione, a także pasierbów ubezpieczonego. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje dzieci od urodzenia do ukończenia przez dziecko 25 roku życia lub bez względu na wiek w razie całkowitej niezdolności dziecka do pracy. Niezdolność do pracy powinna zostać orzeczona przez odpowiedni organ rentowy.
9. Deklaracja zgody – oświadczenie woli osoby przystępującej do ubezpieczenia złożone w formie pisemnej. Początek odpowiedzialności Wykonawcy względem Ubezpieczonego następuje pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony złożył deklarację przystąpienia
10. Deklaracja zmian – pisemna deklaracja ubezpieczonego o zmianie danych podanych Wykonawcy w deklaracji zgody
11. Umowa ubezpieczenia – umowa zawarta pomiędzy Zamawiającym, a Wykonawcą/Ubezpieczycielem na rzecz ubezpieczonych
12. Świadczenie ubezpieczeniowe – kwota pieniężna, którą Wykonawca wypłaca w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia
13. Zgon ubezpieczonego – ubezpieczenie obejmuje śmierć ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy niezależnie od przyczyny
14. Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – ubezpieczenie obejmuje śmierć ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem (zakres terytorialny – z uwzględnieniem krajów należących do UE oraz Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Maroko, Norwegii, Nowej Zelandii, USA, Szwajcarii ).
15. Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego – ubezpieczenie obejmuje śmierć ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym (zakres terytorialny – z uwzględnieniem krajów należących do UE oraz Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Maroko, Norwegii, Nowej Zelandii, USA, Szwajcarii).
16. Wypadek komunikacyjny – nieszczęśliwy wypadek:

a) wywołany ruchem pojazdów na drodze, w którym ubezpieczony brał udział jako uczestnik ruchu (w tym również jako rowerzysta, pieszy) bądź kierowca, z tym że „pojazd”, „droga”, „uczestnik ruchu” i „kierowca” rozumiane są zgodnie ze znaczeniem nadanym przez obowiązujące przepisy prawa o ruchu drogowym; pojazdem jest również tramwaj,

b) wywołany ruchem pojazdu kolejowego ciągniętego przez pojazd trakcyjny, w którym ubezpieczony brał udział jako pasażer albo członek załogi tego pojazdu, z tym że:

- pojazd kolejowy oznacza pojazd dostosowany do poruszania się na własnych kołach po torach kolejowych,

- pojazd trakcyjny oznacza pojazd kolejowy z napędem własnym, w tym metro,

wypadkiem komunikacyjnym, w rozumieniu pkt. b, nie są wypadki dotyczące kolejowego transportu wewnątrzzakładowego oraz transportu linowego i linowo-terenowego,

c) wywołany eksploatacją pasażerskiego statku powietrznego koncesjonowanych linii lotniczych, który zaistniał od chwili, gdy jakakolwiek osoba weszła na jego pokład z zamiarem wykonania lotu, do chwili opuszczenia pokładu statku powietrznego przez wszystkie osoby znajdujące się na nim, a statek powietrzny został uszkodzony lub nastąpiło zniszczenie jego konstrukcji albo statek powietrzny zaginął i nie został odnaleziony, a urzędowe jego poszukiwania zostały odwołane lub statek powietrzny znajduje się w miejscu, do którego dostęp nie jest możliwy,

d) wywołany ruchem statku, w którym ubezpieczony brał udział jako członek załogi bądź pasażer, a statek zatonął albo został uszkodzony lub nastąpiło zniszczenie jego konstrukcji albo statek zaginął i nie został odnaleziony, a urzędowe jego poszukiwania zostały odwołane lub statek znajduje się w miejscu, do którego dostęp nie jest możliwy

1. Osierocenie dziecka – zgon ubezpieczonego, który nastąpił przed dniem ukończenia przez dziecko 25 roku życia lub bez względu na wiek jeżeli w stosunku do danego dziecka orzeczono całkowitą niezdolność do pracy, co zostanie potwierdzone stosownym orzeczeniem właściwego organu rentowego
2. Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu będący następstwem wypadku, któremu ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, powodującej jego trwałą dysfunkcję
3. Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany udarem mózgu lub zawałem serca - 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.
4. Niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji –całkowita trwała niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zawodowej będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku lub choroby zaistniałych w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela powodujące wydanie przez właściwego lekarza orzecznika lub komisję lekarską prawomocnego orzeczenia lub decyzji organu rentowego stwierdzające niezdolność do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego.
5. Poważne zachorowanie Ubezpieczonego – Zamawiający określa minimalny katalog poważnych zachorowań Ubezpieczonego : udar mózgu, zawał mięśnia sercowego, nowotwór, niewydolność nerek, porażenia, utrata wzroku, śpiączka, oparzenia, utrata mowy i słuchu, guz mózgu, utrata kończyn, operacja aorty, choroba Alzheimera, schyłkowa niewydolność wątroby w tym spowodowana wirusowym zapaleniem wątroby typu B lub C, operacja zastawek serca, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, anemia plastyczna, schyłkowa niewydolność oddechowa, choroba Creutzfeldta –Jakoba, zakażenie HIV lub rozpoznanie AIDS w wyniku transfuzji krwi oraz w związku z wykonywanym zawodem, sepsa, paraliż.

**Poważne zachorowania ubezpieczonego**

Zamawiający określa następujący minimalny katalog zachorowań ubezpieczonego:

1. **Udar mózgu-**Śmierć części mózgu w następstwie wewnątrzmózgowego krwawienia albo zakrzepu lub zatoru, który zatkał naczynie mózgowe. Udar mózgu musi prowadzić do nagłego wystąpienia trwałych i nieodwracalnych objawów ogniskowego uszkodzenia mózgu. Prawo doświadczenia ubezpieczeniowego powstaje wraz z postawieniem diagnozy przez specjalistyczny oddział neurologiczny lub lekarza neurologa, potwierdzony wynikami badań obrazowych.
2. **Zawał mięśnia sercowego -** Martwica części mięśnia sercowego w następstwie nagłego przerwania przepływu krwi przez jedną lub kilkatętnic wieńcowych. Diagnoza powinna w dokumentacji zawierać opis typowych bólów w klatce piersiowej, wyników badań laboratoryjnych specyficznych dla mięśnia sercowego odbiegających od wartości prawidłowych(np. troponina, CKMB) i ich typowej ewolucji w czasie oraz charakterystycznych dla ostrego zawału serca zmian EKG (nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T,nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa).
3. **Nowotwór -**Choroba, której objawem jest obecność patologicznych komórek, które rozprzestrzeniają się w sposób niekontrolowany i naciekają zdrowe tkanki, a także dają przerzuty. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje białaczkę, złośliwe chłoniaki i zespoły mielodysplastyczne.
4. **Niewydolność nerek -** Nieodwracalne i równoczesne ustanie funkcji obydwu nerek wymagające stałej dializy lub przeszczepu nerki. Prawo do świadczenia ubezpieczeniowego powstaje z upływem 30 dnia życia Ubezpieczonego licząc od dnia rozpoczęcia regularnej dializoterapii lub od dnia dokonania przeszczepu nerki. Ochrona ubezpieczeniowa nie obowiązuje w przypadku ostrej niewydolności nerek, która z punktu widzenia medycznego jest odwracalna i wymaga jedynie czasowej dializoterapii.
5. **Porażenia -**Całkowite i nieodwracalne porażenie mięśni dwóch kończyn jako wynik urazu albo choroby mózgu lub rdzenia kręgowego. Pod pojęciem kończyna górna rozumie się całą rękę, a więc dłoń, przedramię i ramię, a pod pojęciem kończyna dolna rozumie się całą nogę, a więc stopę, podudzie i udo. Prawo do świadczenia powstaje wraz z postawieniem diagnozy przez oddział neurologiczny lub lekarza neurologa pod warunkiem utrzymywania się porażenia przez co najmniej 3 miesiące. Diagnoza powinna być poparta badaniami obiektywnymi takimi jak np. badania obrazowe.
6. **Utrata wzroku -** Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w obydwu oczach, która powstała w następstwie niespodziewanej choroby lub wypadku i nie może być skorygowana przy pomocy szkieł korekcyjnych, leków ani operacji. Całkowita utrata wzroku powinna być potwierdzona wynikiem badania ostrości wzroku 3/60 albo mniejszym (0,05 lub w zapisie dziesiętnym) w lepszym oku po najlepszej korekcji lub pole widzenia o średnicy mniejszej niż 10°wlepszym oku po najlepszej korekcji. Diagnoza powinna zostać postawiona przez oddział okulistyczny albo przez lekarza specjalistę w zakresie okulistyki.
7. **Śpiączka -** Stan nieprzytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne i wewnętrzne potrzeby, który oceniany według skali śpiączki Glasgow daje wynik 8 albo mniejszy przez co najmniej 96 godzin, wymaga użycia systemów podtrzymujących życie i skutkuje utrzymującymi się ubytkami (deficytami) neurologicznymi, które muszą być ocenione przez lekarza specjalistę z zakresu neurologii po upływie co najmniej 30 dni od chwili rozpoczęcia śpiączki. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie dotyczy śpiączki wywołanej w celachleczniczych oraz spowodowanej samouszkodzeniem, zatruciem etanolem lub użyciem narkotyków
8. **Oparzenia -** Oparzenie trzeciego stopnia będące wynikiem wypadku, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała, mierzone zgodnie z „regułą dziewiątek" mapy powierzchni ciała. Przez oparzenie trzeciego stopnia rozumie się oparzenie, które wywołało zniszczenie pełnej grubości skóry i dno rany oparzeniowej stanowi tkanka podskórna. Diagnoza powinna być ustalona przez oddział chirurgiczny lub leczenia oparzeń albo lekarza specjalistę w zakresie chirurgii. Ubezpieczeniem nie są objęte oparzenia pierwszego ani drugiego stopnia, a także wynikające z samouszkodzenia oparzenia trzeciego stopnia.
9. **Utrata mowy -** Całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy w następstwie choroby lub urazu, która trwa nieprzerwanie przez okres co najmniej 9 miesięcy. Dokumentacja medyczna musi być potwierdzona konsultacją specjalisty laryngologa lub foniatry, która potwierdzi uraz lub chorobę strun głosowych. Wykluczone są przypadki, gdzie powodem utraty mowy są przyczyny psychiczne. Utrata mowy oznacza niemożność artykułowania zrozumiałych słów lub zrozumiale mówionego języka.
10. **Utrata słuchu -** Całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach jako skutek choroby lub wypadku. Dokumentacjamedyczna utraty słuchu powinna być koniecznie poparta konsultacją specjalisty laryngologa lub audiologa oraz stwierdzonym w audiometrii tonalnej progu słyszalności powyżej 90 dB przy 500, 1000 i 2000 herców w uchu, o mniejszym stopniu uszkodzenia.
11. **Guz mózgu -** Łagodny nowotwór mózgu, który definiuje się jako niezłośliwy rozrost tkanki ograniczony do opon mózgowych,mózgu lub nerwów czaszkowych i znajdujący się wewnątrz mózgoczaszki. Nowotwór ten powinien być leczony poprzez:

- usunięcie chirurgiczne,

- stereotaktyczną radiochirurgię,

- radioterapię.

Jeśli żadna z wyżej wskazanych opcji leczenia nie jest możliwa ze względów medycznych, guz musi powodować trwałe deficyty neurologiczne, których występowanie udokumentowano przez co najmniej 3 miesiące od dnia rozpoznania. Rozpoznanie musi być postawione przez lekarza specjalistę z zakresu neurologii lub neurochirurgii w oparciu o wyniki badań obrazowych i - w miarę możliwości - o wynik badania histopatologicznego. Ubezpieczeniem nie jest objęte diagnozowanie i leczenie guzów o typie hamartoma, ziarniniaków, torbieli, ani guzów przysadki czy malformacji naczyniowych mózgu.

1. **Utrata kończyn -** Całkowita fizyczna utrata co najmniej dwóch kończyn wskutek choroby lub wypadku. Warunkiem uznania roszczenia jest utrata każdej z kończyn na wysokości nadgarstków/stawów skokowych albo powyżej.Konieczność amputacji musi być poparta opinią lekarza specjalisty w zakresie chirurgii lub ortopedii. Ubezpieczeniem nie jest objęta utrata kończyny na skutek samookaleczenia.
2. **Paraliż** -Za **paraliż** uważa się całkowitą i trwałą utratę funkcji dwóch lub więcej kończyn spowodowaną urazem lub chorobą rdzeniakręgowego lub mózgu rozpoznaną przez neurologa. Ubezpieczenie obejmuje utratę funkcji kończyn określaną jako diplegia, hemiplegia, tetraplegia lub quadriplegia.
3. **Operacja Aorty** -Za **operację aorty** uważa się operację chirurgiczną aorty piersiowej lub brzusznej przeprowadzoną z powodu zagrażającejżyciu choroby naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty. Ubezpieczenie nie obejmuje zabiegówpolegających na wprowadzeniu wszelkich rodzajów stentów (także stentgraftu) do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynieodgałęzień aorty.
4. **Choroba Alzheimera –** Choroba ośrodkowego układu nerwowego, która charakteryzuje się zanikiem kory mózgowej i występowaniem :zaburzeń pamięci, osobowości, zachowania, funkcji poznawczych i zmianami nastroju
5. **Schyłkowa niewydolność wątroby w tym spowodowana wirusowym zapaleniem wątroby typu B lub C –** Ciężka i zaawansowana choroba wątroby, która doprowadziła do : niepoddającego się leczeniu wodobrzusza, niepoddającej się leczeniu żółtaczki, żylaków przełyku i encefalopatii.
6. **Operacja zastawek serca -** Za **operację zastawek serca** uważa się przeprowadzoną pierwszorazową operację wymiany jednej lub więcej zastawek serca,wykonaną przy otwartym sercu lub bez otwierania serca, . Operacja musi zostać zalecona przez specjalistę w zakresie kardiologii.
7. **Stwardnienie rozsiane -** Za **stwardnienie rozsiane** uważa się zespół mnogich ubytków neurologicznych wywołanych demielinizacją mózgu lub rdzeniakręgowego, 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.

1. **Choroba Parkinsona –** 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, zwłaszcza lewodopy.
2. **Anemia aplastyczna -**Za **anemię aplastyczną**uważa się przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego powodujące niedokrwistość, neutropeniętrombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej dwoma 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.

1. **Schyłkowa niewydolność oddechowa -** Za **schyłkową niewydolność oddechową** uważa się schyłkowe stadium choroby płuc powodującej przewlekłą niewydolnośćoddechową wyrażającą się wszystkimi niżej wymienionymi objawami:

a) natężona objętość wydechowa jednosekundowa (FEV1) utrzymująca się na poziomie poniżej jednego litra w kolejnychbadaniach,

b) konieczność prowadzenia stałej terapii tlenem ze względu na hipoksemię,

c) ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej (PaO2) równe lub niższej niż 55 mmHg,

d) duszność spoczynkowa.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza pulmonologa.

1. **Choroba Creutzfeldta –Jakoba -** Za **chorobę Creutzfeldta - Jakoba** uważa się postępującą chorobę zakaźną (zakażenie następuje m.in. poprzez spożyciezakażonego 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.
2. **Zakażenie HIV LUB ROZPOZNANIE AIDS/NABYTY ZESPÓŁ NIEDOBORU ODPORNOŚCI -** Za **zakażenie HIV/Human ImmunodeficiencyVirus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w wyniku transfuzji krwi)** uważa się zakażenie, w przypadku którego można udowodnić, że ubezpieczonemu przetoczonozakażoną krew lub preparaty krwiopochodne pochodzące 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.

1. **Zakażenie HIV/HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS LUBROZPOZNANIE AIDS/NABYTY ZESPÓŁ NIEDOBORU ODPORNOŚCI -** Za **zakażenie HIV/Human ImmunodeficiencyVirus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w związku z wykonywanym zawodem)** uważa się zakażenie, w przypadku którego można udowodnić, że jest wynikiemprzypadkowego 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.
2. **SEPSA (posocznica), stosuje się do ubezpieczenia dodatkowego na wypadek ciężkiego zachorowania –** wystąpienie u Ubezpieczonego reakcji zapalnej wynikającej z zakażenia wywołanego obecnością chorobotwórczych bakterii we krwi krążącej.
3. **Gruźlica, stosuje się do ubezpieczenia dodatkowego na wypadek ciężkiego zachorowania**,  **-** zakażenie prądkiem gruźlicy z zajęciem płuc lub którejkolwiek z wymienionych struktur poza płucnych : opłucnej, węzłów chłonnych, układu moczowo – płciowego, kości, stawów, opon mózgowo-rdzeniowych, mózgu, rozpoznanie na podstawie dodatniego badania bakteriologicznego, badania histopatologicznego lub radiologicznego wymagające leczenia przeciwprądkowego w warunkach szpitalnych.
4. **Bolerioza, stosuje się do ubezpieczenia dodatkowego na wypadek ciężkiego zachorowania**,  **-** to krętkowica przenoszona przez kleszcze. Choroba przebiega z różnymi objawami m.in. rumieniem, zapaleniem stawów, mięśnia sercowego, objawami neurologicznymi skutkującymi koniecznośćią leczenia szpitalnego. Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego choroby skutkujące hospitalizacją powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych wraz ze wskaźnikami właściwego kodu choroby (A69.2) według międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób problemów zdrowotnych ICD 10 i podanie w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego.
5. **Operacje chirurgiczne –** Wykonawca ponosi odpowiedzialność za operacje chirurgiczne wykonywane metodą endoskopową, zamkniętą oraz otwartą wymienione w katalogu operacji chirurgicznych (prosimy o załączenie w ofercie katalogu operacji chirurgicznych) wykonane w placówce medycznej na terytorium RP, przez lekarza o specjalności zabiegowej, w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, niezbędnym z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu w czasie trwania odpowiedzialności w stosunku do danego ubezpieczonego. Jeżeli OWU / Ogólne Warunki Dodatkowego ubezpieczenia Wykonawcy przewidują podział operacji na 3 klasy, świadczenie z tytułu operacji chirurgicznych powinny być przyporządkowane następująco :

**- dla I klasy operacji** – **100 %** sumy ubezpieczenia

**- dla II klasy operacji – minimum 50%** sumy ubezpieczenia

**-dla III klasy operacji – minimum 30%** sumy ubezpieczenia

Jeśli OWU wykonawcy przewidują podział operacji na 5 klas to wypłata świadczenia winna wynosić odpowiednio :

- **dla I klasy operacji – 100 %** sumy ubezpieczenia

- **dla II i III klasy operacji – minimum 50%** sumy ubezpieczenia

- **dla IV i V klasy operacji – minimum 10%**sumy ubezpieczenia

**Minimalny katalog operacji winien obejmować 520 pozycji**

1. **Pobyt w szpitalu –** zgodnie z OWU Wykonawcy, ale w znaczeniu nie węższym jak :

Wykonawca wypłaca świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu za każdy dzień pobytu minimum za 90 dni w każdym 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia w przypadku gdy :

a) pobyt spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem trwał minimum 1 dzień

b) pobyt spowodowany chorobą lub zawałem serca lub udarem mózgu trwał minimum 3 dni

Wymaga się, aby podwyższona kwota dziennego świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym, nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy , zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym należna była za minimum 14 dni pobytu w szpitalu

1. **Pobyt na OIOM/OIT –** świadczenie powinno obejmować pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na skutek choroby lub wypadku, w pomieszczeniu przeznaczonym wyłącznie intensywnej opiece medycznej, trwający nieprzerwanie co najmniej 48 godzin (dopuszcza się możliwość wypłaty dodatkowego świadczenia dziennego, w stosunku do podstawowego świadczenia szpitalnego, za każdy dzień pobytu ubezpieczonego na OIOM/OIT w wysokości nie mniejszej jak 120 zł w Wariancie I, 130 zł w Wariancie II i 140 zł w Wariancie III, należnego za minimum 5 dni pobytu na OIOM/OIT
2. **Rekonwalescencja –** Zgodnie z OWU Wykonawcy, ale w znaczeniu nie węższym jak świadczenie wypłacane za minimum 30 dni trwającego nieprzerwanie, bezpośrednio po co najmniej 14 dniowym pobycie w szpitalu, pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym przez oddział szpitalny, w którym odbywało się leczenie szpitalne; świadczenie wypłacane za każdy dzień zwolnienia lekarskiego; wymaga się zagwarantowania łącznie wypłaty za minimum 90 dni rekonwalescencji w każdym okresie kolejnych 12 miesięcy, trwającym między rocznicami polisy.
3. **Leczenie specjalistyczne –** przeprowadzenie u Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy specjalistycznego leczenia, co najmniej :

a) chemioterapia – metoda systemowego leczenia choroby nowotworowej za pomocą przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego z grupy leków L według klasyfikacji ATC podanego drogą pozajelitową

b) radioterapia – leczenie choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego

c) terapia interferonowa – podawanie drogą pozajelitową interferonu jako metoda leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C

d) kardiowerter / defibrylator – urządzenie elektroniczne z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną wszczepiane chorym, którzy mają poważne zaburzenia rytmu pochodzenia komorowego lub epizody nagłego zatrzymania krążenia

e) rozrusznik serca (stymulator serca, kardiostymulator) urządzenie elektroniczne służące do pobudzania rytmu serca wszczepiane do ciała chorego

f) ablacja – zabieg wykonywany za pomocą prądu o częstotliwości radiowej w celu leczenia zaburzeń rytmu serca.

Wykonawca wypłaca 100 % sumy ubezpieczenia w dniu :

- podania pierwszej dawki leku w przypadku chemioterapii i terapii interferonowej

- podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego,

- wszczepienia defibrylatora, rozrusznika serca lub wykonania ablacji.

Każde ze świadczeń wypłacane jest tylko raz, a następnie odpowiedzialność Wykonawcy z tytułu tego świadczenia wygasa.

1. **Karta apteczna –** świadczenie gotówkowe/bezgotówkowe umożliwiające odbiór/wykup w aptece produktów o wartości 100 % sumy ubezpieczenia wskazanej w tabeli świadczeń, po odbyciu leczenia szpitalnego spowodowanego chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela na wypadek leczenia szpitalnego. Zamawiający dopuszcza realizację świadczenia określonego jako ,,ryczałt na leki” w postaci świadczenia pieniężnego – przelewu bankowego, wypłacanego razem ze świadczeniem z tytułu pobytu w szpitalu.

**IV. Warunki indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia grupowego**

1. Zamawiający i Wykonawca w ramach umowy ubezpieczenia grupowego nadają każdemu Ubezpieczonemu prawo do indywidualnej dożywotniej kontynuacji ubezpieczenia po ustaniu stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Zamawiającym/Ubezpieczającym.

Prawo do indywidualnej kontynuacji przysługuje Ubezpieczonemu, za którego przekazano składkę za okres co najmniej 6 miesięcy. Natomiast w przypadku ustania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym z powodu reorganizacji lub likwidacji bez względu na okres przekazywania. Do tego okresu zaliczony będzie również staż u poprzedniego Ubezpieczyciela pod warunkiem, że została zachowana ciągłość ubezpieczenia.

2. Minimalny zakres ubezpieczenia w ramach dożywotniej indywidualnej kontynuacji winien obejmować następujący zakres :

- Śmierć Ubezpieczonego – 100 % sumy ubezpieczenia

- Śmierć Ubezpieczonego w skutek NW – 200% sumy ubezpieczenia (świadczenie skumulowane)

- Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek NW – 1% sumy ubezpieczenia za 1% trwałego uszczerbku

- Śmierć małżonka – 100% sumy ubezpieczenia

- Śmierć dziecka – 30% sumy ubezpieczenia

- Urodzenie dziecka – 10% sumy ubezpieczenia

- Urodzenie martwego dziecka – 20% sumy ubezpieczenia

-Śmierć rodziców lub teściów – 20% sumy ubezpieczenia

-Osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego – minimum 40% sumy ubezpieczenia

Maksymalna składka to 7 zł za 1000 sumy ubezpieczenia w ubezpieczeniu indywidualnie kontynuowanym

**V. Dopuszczalne wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności**

1. Śmierć Ubezpieczonego

Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności w razie zgonu Ubezpieczonego wskutek :

a) działań wojennych, stanu wojennego

b) czynnego udziału w aktach terroru, zamieszkach i rozruchach społecznych

c) śmierci w wyniku samobójstwa Ubezpieczonego popełnionego w okresie 2 lat od początku odpowiedzialności Wykonawcy wobec tego Ubezpieczonego

Do okresu wyłączenia odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego Wykonawca zaliczy staż Ubezpieczonego z poprzedniej umowy ubezpieczenia

2. Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW

Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za skutki nieszczęśliwych wypadków, które powstały wskutek:

a) działań wojennych, stanu wojennego

b) czynnego udziału w aktach terroru, zamieszkach i rozruchach społecznych

c) podczas prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał wymaganych prawem uprawnień.

d)podczas prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu, lub w stanie nietrzeźwości, a także spożyciu narkotyków lub środków odurzających.

e) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa

f) w wyniku samookaleczenia lub w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa

g) jeśli ubezpieczony pozostawał w stanie nietrzeźwości pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających

h) w wyniku bezpośrednio zatrucia spowodowanego spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków lub środków odurzających, substancji psychotropowych, czy też środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych

i) w wyniku uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, niezależnie od tego przez kogo były wykonane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku

j) w następstwie skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowania

3. Odpowiedzialnością Wykonawcy w ramach ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków nie są objęte choroby zawodowe i wszelkie inne choroby lub stany chorobowe nawet takie, które występują nagle np. choroby zakaźne, zaziębienia, zapalenie płuc, zakłócenie ciąży i porodu.

4. Śmierć Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub krwotoku śródmózgowego. Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności jak w przypadkach wyłączenia odpowiedzialności z tytułu śmierci

5. Trwały uszczerbek na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego. Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności jak w przypadkach wyłączenia odpowiedzialności z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku NW

6. Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku, wskutek wypadku przy pracy, wypadku komunikacyjnego. Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu powstałym bezpośrednio :

a) w wyniku działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub czynnego udziału Ubezpieczonego w masowych rozruchach społecznych

b) w wyniku popełnienia przez Ubezpieczonego czynu, który spełnia ustawowe znamiona przestępstwa umyślnego

c) w wyniku samookaleczenia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa

d) w wyniku wszelkich zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień

e) w związku z wykonywaniem badań lekarskich lub diagnostycznych nie wynikających z zachorowania, badań dawców narządów ( z wyjątkiem pobytów pozostających w bezpośrednim związku z pobraniem narządów) obserwacji na wniosek sądu

f) w wyniku leczenia niepłodności

g) w wyniku uszkodzeń i następstw uszkodzeń ciała i chorób powstałych na skutek aktów terroru lub katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie promieniami jonizującymi lub skażenie chemiczne

h) w wyniku operacji kosmetycznych lub plastycznych w tym operacji zmiany płci, z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw NW lub choroby nowotworowej, wykrytej w okresie odpowiedzialności Wykonawcy

i) w następstwie zarobkowego lub rekreacyjnego uprawiania sportów takich jak : sporty motorowe i motorowodne, lotnicze, spinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie z aparatem tlenowym, skoki do wody, skoki na linie, spadochronowe, jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku

j) w wyniku rehabilitacji z wyłączeniem pierwszej rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw NW zaistniałego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy

7. Operacje chirurgiczne

Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności jeżeli konieczność przeprowadzenia operacji chirurgicznej powstała :

a) w wyniku działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub udziału ubezpieczonego w masowych rozruchach społecznych

b) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu, który spełnia ustawowe znamiona przestępstwa umyślnego

c) w wyniku samookaleczenia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa

d) w wyniku bezpośrednio zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych, a spowodowało to konieczność operacji chirurgicznej

e) w wyniku uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi bez względu na to przez kogo były wykonane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw NW

f) jeżeli Ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych

g) jeżeli Ubezpieczony był dawcą organów

h) w wyniku operacjikosmetycznej lub plastycznej z wyjątkiem operacji chirurgicznej niezbędnej do usunięcia następstw NW zaistniałych lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Wykonawcy

i) operacji w celu zmniejszenia lub powiększenia piersi lub zmiany płci

j) w celu implantowania zębów z wyjątkiem operacji chirurgicznej niezbędnej do usunięcia następstw NW zaistniałych w okresie odpowiedzialności Wykonawcy

k) w wyniku profesjonalnego uprawiania sportów wysokiego ryzyka takich jak : sporty motorowe i motorowodne, lotnicze, spinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie z aparatem tlenowym, skoki do wody, skoki na linie, spadochronowe

l) w wyniku wypadku komunikacyjnego gdy Ubezpieczony prowadził pojazd nie posiadając odpowiednich uprawnień do prowadzenia tego pojazdu, lub gdy Ubezpieczony prowadził pojazd będąc w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych czy też środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, jeżeli wskazane okoliczności miały wpływ na zajście zdarzenia

m) operacji przeprowadzonej w celu antykoncepcyjnym

**VI. Zakres Ubezpieczenia i Wysokość Świadczeń ( w złotych) podzielona na Warianty**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pakiet podstawowy** | | **Minimalna wysokość wypłacanego świadczenia** | | | **Punktacja**  **(waga punktowa)** |
| **Wariant I** | **Wariant II** | **Wariant III** |  |
| 1 | Śmierć Ubezpieczonego | **33 000** | **44 000** | **62 500** | 10 |
| 2 | Śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (wysokość świadczenia obejmuje świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego) | **65 000** | **88 000** | **125 000** | 2 |
| 3 | Śmierć Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego | **125 000** | **131 000** | **177 500** | 2 |
| 4 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy | **125 000** | **131 000** | **200 000** | 2 |
| 5 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy | **65 000** | **88 000** | **147 500** | 2 |
| 6 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu | **65 000** | **71 000** | **95 000** | 2 |
| 7 | Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (świadczenie za 1% uszczerbku) | **520** | **725** | **880** | 8 |
| 9 | Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany udarem mózgu lub zawałem serca (świadczenie za 1% uszczerbku) | **520** | **745** | **880** | 8 |
| 10 | Niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji w wyniku następstwa nieszczęśliwego wypadku - kwota jednorazowa | **7 000** | **7 000** | **10 000** | 6 |
| 11 | Niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie choroby – kwota jednorazowa | **7 000** | **6 500** | **10 000** | 4 |
| 12 | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | **4 700** | **5 300** | **8 000** | 7 |
| 13 | Ubezpieczenie na wypadek operacji chirurgicznych | **6 700** | **7 100** | **7 500** | 7 |
| 14 | Pobyt w SzpitaluUbezpieczonego wskutek choroby kwota za dzień pobytu | **62** | **88** | **100** | 1 |
| 15 | Pobyt w SzpitaluUbezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku - kwota za dzień pobytu | **155** | **175,50** | **250** | 1 |
| 16 | Pobyt w SzpitaluUbezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego kwota za dzień pobytu | **186** | **195** | **350** | 1 |
| 17 | Pobyt w SzpitaluUbezpieczonego wskutek wypadku przy pracy - kwota za dzień pobytu | **186** | **195** | **350** | 1 |
| 18 | Pobyt w SzpitaluUbezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego przy pracy kwota za dzień pobytu | **217** | **214,50** | **450** | 1 |
| 19 | Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego (zakres rozszerzony) wskutek zawału serca lub udaru mózgu - kwota za dzień pobytu | **93** | **98,50** | **150** | 1 |
| 20 | Pobyt Ubezpieczonego na OIOM –zasiłek jednorazowy | **600** | **650** | **750** | 1 |
| 21 | Rekonwalescencja Ubezpieczonego – kwota za dzień pobytu | **30** | **34** | **35** | 1 |
| 22 | Karta apteczna – kwota zasiłku jednorazowego | **200** | **210** | **300** | 1 |
|  | **Świadczenia rodzinne** | **Wariant I** | **Wariant II** | **Wariant III** |  |
| 1 | Śmierć małżonka | **13 000** | **18 500** | **22 500** | 4 |
| 2 | Śmierć małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku (wysokość świadczenia obejmuje świadczenie z tytułu zgonu małżonka) | **26 000** | **37 000** | **45 000** | 2 |
| 3 | Poważne zachorowanie dziecka | **2 500** | **3 000** | **4 500** | 2 |
| 4 | Leczenie specjalistyczne ubezpieczonego | **3 000** | **3 100** | **5 000** | 1 |
| 5 | Pobyt w Szpitalu Małżonka Ubezpieczonego (zakres rozszerzony) wskutek nieszczęśliwego wypadku - kwota za dzień pobytu | **42 – wypadek**  **84– OIOM** | **50 – wypadek**  **100 – OIOM** | **100– wypadek**  **200 – OIOM** | 1 |
| 6 | Śmierć rodziców i teściów | **2 400** | **3 000** | **3 000** | 4 |
| 7 | Śmierć dziecka | **4 000** | **5 400** | **6 000** | 4 |
| 8 | Urodzenie martwego dziecka | **3 600** | **200** | **4 600** | 5 |
| 9 | Urodzenie się dziecka | **1 800** | **100** | **2 300** | 5 |
| 10 | Osierocenie dziecka | **5 000** | **6 500** | **7 500** | 3 |
|  | **SKŁADKA MIESIĘCZNA NIE WYŻSZA NIŻ** | **54 zł** | **65 zł** | **80 zł** | X |
|  | **SUMA PUNKTÓW** | **X** | **X** | X | 100 |