

L. dz. A120 –733/18/RR

DO UCZESTNIKÓW POSTĘPOWANIA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO

Dotyczy: postępowania nr A120-211-35/18/RR prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na:

Świadczenie usług grupowego ubezpieczenia na życie dla pracowników Uniwersytetu Gdańskiego, członków ich rodzin (współmałżonków, pełnoletnich dzieci) oraz partnerów życiowych w okresie od dnia 01.07.2018r. do dnia 30.06.2021r.

W odpowiedzi na pytania zadane do postępowania, przesłane przez Wykonawcę, Zamawiający na podstawie art. 38 ust. 1-2 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych, udziela odpowiedzi uczestnikom postępowania:

Nr pytania	Data wpływu	Treść pytania	Odpowiedź Zamawiającego
1	19.04.2018	<p>1. OPZ, punkt I.2.2. - Czy w ramach gwarancji możliwości dożywotniej kontynuacji ubezpieczenia Zamawiający zaakceptuje następujący zakres świadczeń, będący aktualnie w ofercie Wykonawcy:</p> <p>L.p. Zakres świadczeń</p> <p>Skumulowane świadczenie jako % sumy ubezpieczenia</p> <p>1 Śmierć Ubezpieczonego 100%</p> <p>2 Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku 200%</p> <p>3 Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego 700 %</p> <p>4 Śmierć współmałżonka 50%</p> <p>5 Śmierć współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku 300%</p> <p>6 Śmierć rodziców i teściów 20%</p> <p>7 Śmierć dziecka 30%</p> <p>8 Urodzenie się dziecka 10%</p> <p>9 Urodzenie się martwego dziecka 20%</p> <p>10 Osierocenie dziecka 40%</p> <p>11 Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku za 1% uszczerbku 1%</p> <p>Składka = 7 złotych za każdy 1.000 złotych sumy ubezpieczenia.</p>	<p>Zamawiający nie wyraża zgody na zaproponowany przez Wykonawcę zakres świadczeń oraz zaproponowaną wysokość składki za każdy 1000 zł sumy ubezpieczenia.</p> <p>W odniesieniu do przystępowania do umowy indywidualnej kontynuacji osób będących wdowami / wdowcami po zmarłym ubezpieczonym Zamawiający wyjaśnia, iż w tym przypadku zastosowanie ma zapis OPZ punkt I. 2.2.2 w brzmieniu:</p> <p>„Umowa indywidualnej kontynuacji jest umową dożywotnią, minimalny okres w ubezpieczeniu grupowym uprawniającym do skorzystania z oferty indywidualnej kontynuacji to 3 miesiące.”</p>

		Wykonawca prosi również, aby do umowy nie mogli przystępować wdowy / wdowcy po zmarłym ubezpieczonym, jako osoby potencjalnie nie związane bezpośrednio z umową grupową / indywidualnie kontynuowaną.	
2	19.04.2018	2. OPZ, punkt III, 1.6 - prośba do Zamawiającego o zgodę na stosowanie zawartej w standardowych ogólnych warunkach definicji pełnoletniego dziecka, zgodnie z którą może nim być pasierb - jeżeli nie żyje jego ojciec lub matka.	Zamawiający informuję, iż jego intencją jest właśnie takie rozumienie pojęcia pasierba, jak przedstawia to Wykonawca w zadanym przez siebie pytaniu. Tym samym Zamawiający zmienia treść opisu przedmiotu zamówienia (załącznik nr 6 do SIWZ) w tym zakresie – zgodnie z dokumentem „Zmiana treści SIWZ z dnia 26.04.2018”
,3	19.04.2018	3. OPZ, punkt III.1.10 - prośba do Zamawiającego o zgodę na to, aby nieszczęśliwy wypadek był bezpośrednią i wyłączną przyczyną zdarzenia objętego odpowiedzialnością Wykonawcy.	Zamawiający nie wyraża zgody na doprecyzowanie definicji.
4	19.04.2018	4. OPZ, punkt III.1.12 - prośba do Zamawiającego o zgodę na zastosowanie następującej, doprecyzowującej definicji Wykonawcy: wypadek komunikacyjny – nieszczęśliwy wypadek: a) wywołany ruchem pojazdów na drodze, w którym ubezpieczony brał udział jako uczestnik ruchu 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 lit. b, nie są wypadki dotyczące kolejowego transportu wewnątrzszlakowego oraz transportu linowego i linowo-terenowego, c) wywołany eksploatacją pasażerskiego statku powietrznego koncesjonowanych linii lotniczych, który zaistniał od chwili, gdy jakkolwiek 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	Zamawiający nie wyraża zgody na doprecyzowanie definicji.

		urzędowe jego poszukiwania zostały odwołane lub statek znajduje się w miejscu, do którego dostęp nie jest możliwy.	
5	19.04.2018	5. OPZ, punkt III.1.14 - prośba do Zamawiającego o zgodę na zastosowanie następującej, doprecyzowującej definicji Wykonawcy: OIOM (OIT) - wyodrębniony organizacyjnie jako osobny oddział w strukturach szpitala, wyposażony w sprzęt umożliwiający stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych oraz podjęcie czynności zastępczych w przypadku niewydolności narządów lub układów ustroju;	Zamawiający nie wyraża zgody na doprecyzowanie definicji zgodnie z wnioskiem Wykonawcy.
6	19.04.2018	6. OPZ, punkt III, 1.17 - prośba do Zamawiającego o zgodę na stosowanie zawartej w standardowych ogólnych warunkach definicji zasady, zgodnie z którą zwolnienie powinno być wydane przez oddział szpitala, na którym przebywał ubezpieczony.	Zamawiający wyjaśnia, iż z uwagi na fakt, że co do zasady po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu zwolnienie lekarskie wystawia oddział szpitala, na którym Ubezpieczonym był hospitalizowany, intencją Zamawiającego jest właśnie takie rozumienie definicji zaproponowanej przez Zamawiającego w OPZ, punkt III, 1.17
7	19.04.2018	7. OPZ, punkt III, 1.18 - prośba do Zamawiającego o zgodę na stosowanie zawartej w standardowych ogólnych warunkach definicji: Rodzic: a) rodzic ubezpieczonego albo ojczyma lub macochy ubezpieczonego, jeżeli nie żyje ojciec lub matka ubezpieczonego, oraz b) rodzic aktualnego małżonka ubezpieczonego albo ojczyma lub macochy małżonka ubezpieczonego, jeżeli nie żyje ojciec lub matka małżonka ubezpieczonego. macocha – aktualna żona ojca ubezpieczonego lub małżonka, nie będąca biologiczną matką ubezpieczonego lub małżonka, oraz wdowa po ojcu ubezpieczonego lub małżonka, nie będąca biologiczną matką ubezpieczonego lub małżonka, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński, ojczym – aktualny mąż matki ubezpieczonego lub małżonka, nie będący biologicznym ojcem ubezpieczonego lub małżonka, oraz wdowiec po matce ubezpieczonego lub małżonka, nie będący biologicznym ojcem ubezpieczonego lub małżonka, o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński.	Zamawiający nie wyraża zgody na stosowanie przez Wykonawcę definicji zawartej w standardowych ogólnych warunkach Wykonawcy.
8		8. OPZ, punkt III, 1.31.g - prośba do Zamawiającego o zgodę na stosowanie zawartej w standardowych ogólnych warunkach definicji: tylko taki nowotwór złośliwy, który oznacza chorobę objawiającą się obecnością złośliwego guza (tzn. takiego, który nie jest otoczony torebką i charakteryzuje się zdolnością do naciekania tkanek i do tworzenia odległych przerzutów). Pod pojęciem nowotworu złośliwego określa się również białaczkę oraz złośliwe schorzenia układu	Zamawiający nie wyraża zgody na stosowanie przez Wykonawcę definicji zawartej w standardowych ogólnych warunkach.

	19.04.2018	<p>limfatycznego, takie jak ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina) i chłoniaki niezziarnicze. Rozpoznanie nowotworu złośliwego musi być zweryfikowane badaniem histopatologicznym. Z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone:</p> <p>a) wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym,</p> <p>b) wszystkie guzy, gdzie po badaniu histopatologicznym stwierdzono stan przednowotworowy lub przedinwazyjny,</p> <p>c) nowotwory wykazujące zmiany typu carcinoma in situ,</p> <p>d) choroba Hodgkina w pierwszym stadium,</p> <p>e) nowotwory będące objawem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;</p>	
9	19.04.2018	<p>9. OPZ, punkt III, 1.31.aa - prośba do Zamawiającego o zgodę na stosowanie zawartej w standardowych ogólnych warunkach definicji:</p> <p>tylko taki zawał serca, który powoduje:</p> <p>a) wzrost lub spadek podwyższonego stężenia bio-markerów sercowych, z zastrzeżeniem, że przynajmniej w jednym pomiarze to stężenie musi przekraczać górną granicę normy oraz obecność co najmniej dwóch z następujących wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:</p> <ul style="list-style-type: none"> - objawy kliniczne niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej), - zmiany w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) typowe dla nowo powstałego niedokrwienia, - nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowych lub <p>b) zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych do wartości przekraczającej trzykrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym w przypadku zabiegu przezskórnej interwencji wieńcowej (PCI), lub</p> <p>c) zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych – w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych (CABG) – do wartości przekraczającej pięciokrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym oraz pojawienie się jednego z następujących objawów:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nowych patologicznych załamków Q lub nowego bloku lewej odnogi pęczka Hisa, - udokumentowanej angiograficznie niedrożności pomostu wieńcowego lub nowej niedrożności natywnej tętnicy wieńcowej, - udokumentowanej badaniem obrazowym nowej martwicy mięśnia sercowego; 	Zamawiający nie wyraża zgody na stosowanie przez Wykonawcę definicji zawartej w standardowych ogólnych warunkach.
10	19.04.2018	<p>10. OPZ, punkt IV.4 – Wykonawca zwraca się z uprzejmą prośbą o wykreślenie zapisu. Tworzy on wysokie ryzyko nadużyć ze strony ubezpieczonych, którzy, mając wiedzę o spodziewanym rychłym zdarzeniu skutkującym wypłatą świadczenia (np. operacji chirurgicznej, pobycie w szpitalu), do ostatniej chwili będą opłacać składkę za wariant o niższej wysokości świadczeń / węższym zakresie a następnie – w oparciu o problematyczną, wskazaną zasadę – przechodzić na wariant o wyższej wysokości świadczeń / w szerszym zakresie tuż przed spodziewanym zdarzeniem.</p>	Zamawiający wyjaśnia, iż jego intencją było dopuszczenie możliwości zmiany przez Ubezpieczonego wariantu z niższego na wyższy o ile zmiana ta dokonywana byłaby w rocznicę umowy ubezpieczenia. Tym samym Zamawiający zmienia treść opisu przedmiotu zamówienia (załącznik nr

			6 do SIWZ) w tym zakresie – zgodnie z dokumentem „Zmiana treści SIWZ z dnia 26.04.2018”
11	19.04.2018	11. – prośba do Zamawiającego o potwierdzenie, że wysokości świadczeń za dzień pobytu w szpitalu z określonego powodu również są wartościami skumulowanymi, tj. całkowitymi do wypłaty w razie zajścia danego zdarzenia (pobytu).	Zamawiający potwierdza, że w OPZ, punkt V (Tabela), wiersze 16-21 podał wysokości świadczeń za dzień pobytu w szpitalu z określonego powodu, które są całkowitymi wartościami świadczeń do wypłaty za dzień w razie zajścia danego zdarzenia (pobytu)
12	19.04.2018	12. OPZ, punkt V (Tabela), wiersze 16-21 – prośba do Zamawiającego o zgodę na stosowanie zawartych w standardowych ogólnych warunkach zasad, zgodnie z którymi: 1) W razie długotrwałego pobytu w szpitalu, za pobyt od 15 dnia wysokość świadczenia równa będzie wysokości świadczenia za dzień pobytu w wyniku choroby (be względu na rodzaj pobytu). 2) Zastosowanie będą mogły mieć szczególowe przepisy doprecyzowujące sytuację, za którą należne będzie podwyższone świadczenie.	Zamawiający informuje, iż w odniesieniu do każdego z Wykonawców dopuszcza możliwość stosowania przez Wykonawcę zasad określonych w jego standardowych ogólnych warunkach w odniesieniu do kwestii zawartych w pytaniu nr 12 pkt. 1) i 2) obok.
13	19.04.2018	13. Prośba o podanie łącznych kosztów zawarcia i obsługi ubezpieczenia (w%) zawierających koszty obsługi ubezpieczenia przez pracowników Zamawiającego a także kurtaż brokerski. Dane te stanowią bowiem ważny element składowy całkowitych kosztów, jakie należy wziąć pod uwagę przygotowując ofertę ubezpieczenia. Jednocześnie prośba o potwierdzenie, że podana wysokość kosztów stanowi wartość brutto.	Zgodnie z zapisami rozdziału III SIWZ pkt 8 i 9 po modyfikacji z dnia 17.04.2018r.: 8. Zamawiający zapewni obsługę administracyjną związaną z wykonywaniem u niego umowy. 9. Koszty obsługi administracyjnej ubezpieczenia pokryje ubezpieczającemu/Zamawiającemu/ comiesięcznie Wykonawca w łącznej wysokości stanowiącej równowartość 8 % inkasa składki za dany miesiąc przez cały czas trwania umowy – wartość brutto, w terminie 5 dni w każdym miesiącu po otrzymaniu od ubezpieczającego na rachunek Wykonawcy składki ubezpieczeniowej za dany miesiąc.

			Kwota kurtażu brokerskiego wynika z umów brokera z zakładem ubezpieczeniowym oraz przyjętych zwyczajowo stawek na rynku. Zamawiający informacyjnie podaje, że we wcześniejszych latach wysokość kurtażu wynosiła 7% inkasa składki za dany miesiąc przez cały czas trwania umowy – wartość brutto.
14	19.04.2018	14. Załącznik nr 5 do SIWZ, § 4 pkt 1, ppkt1 W związku tym, iż podpisanie umowy stanowi potwierdzenie zawarcia umowy ubezpieczenia, czy Zamawiający dopuszcza aby polisy wystawione i przekazane zostały w pierwszym miesiącu obowiązywania odpowiedzialności po dokonaniu wpłaty należnej składki przez Zamawiającego, wówczas wystawione polisy staną się integralną częścią obowiązującej umowy.	Zamawiający nie wyraża zgody na zaproponowane przez Wykonawcę rozwiązanie.
15	19.04.2018	15. Załącznik nr 5 do SIWZ, § 4 pkt 2, § 5 pkt 1 ppkt 4 Czy Zamawiający zgodzi się odstąpić od zapisu ? Ewentualnie czy Zamawiający dopuszcza wystawienie noty pokrycia ubezpieczeniowego? Nota obowiązywałaby do czasu opłaty składki przez Zamawiającego, Wykonawca po uznaniu składki koncie wystawi i przekaże Zamawiającemu polisy ubezpieczeniowe.	Zamawiający nie wyraża zgody na zaproponowane przez Wykonawcę rozwiązanie.
16	19.04.2018	16. Załącznik nr 5 do SIWZ, § 4 pkt 5 Czy Zamawiający zgodzi się aby powyższy zapis nie odnosił się do pierwszej składki, której wpłata w terminie jest niezbędna do nadania odpowiedzialności?	Zamawiający nie wyraża zgody na zaproponowane przez Wykonawcę rozwiązanie
17	19.04.2018	17. Załącznik nr 5 do SIWZ, § 5 pkt 2 W związku z rekomendowaniem przez Zamawiającego obsługi ubezpieczenia w elektronicznym systemie informatycznym, czy zatem zgodzi się aby wraz z wykazem osób ubezpieczonych przekazane zostały również deklaracje osób przystępujących do ubezpieczenia, które wprowadzone zostaną w elektronicznym systemie informatycznym i za jego pośrednictwem wysłane do Wykonawcy, podpisane oryginały deklaracji przystąpienia byłyby przekazywane Wykonawcy w celu dokonania ich archiwizacji.	Załącznik nr 5 do SIWZ § 5 pkt 2 został zmieniony zgodnie z modyfikacją z dnia 17 kwietnia 2018, pytanie uznajemy za bezprzedmiotowe.
18	19.04.2018	18. Załącznik nr 6 do SIWZ Pkt II ppkt 1 Czy zamawiający zgodzi się na skrócenie zaproponowanych 60 dni, tak aby podpisane deklaracje osób przystępujących do ubezpieczenia trafiły do Wykonawcy najpóźniej do końca miesiąca poprzedzającego początek miesiąca, w którym rozpoczyna się odpowiedzialność? brak deklaracji osób objętych ubezpieczeniem w miesiącu odpowiedzialności może skutkować problemami w obsłudze, czego Wykonawca chciałby uniknąć.	Zamawiający nie wyraża zgody na skrócenie niniejszego terminu. Zamawiający informuje Wykonawcę, iż w przypadku zaistnienia jakichkolwiek sytuacji spornych wynikających z faktu, na który wskazuje Wykonawca, dołoży wszelkich starań aby jak najszybciej i w sposób polubowny dążyć do ich wyjaśnienia.
19	19.04.2018	19. SIWZ, rozdział III pkt 9 ppkt 2 Czy Zamawiający dopuszcza, że po zawarciu umowy Wykonawca udostępni system elektroniczny, który umożliwi Zamawiającemu wydruk certyfikatów dla każdego Ubezpieczonego. System umożliwi każdorazową aktualizację i wydruk w przypadku zmiany zakresu ubezpieczenia lub wysokości świadczeń.	SIWZ rozdział III pkt. 9 ppkt 2 został zmieniony zgodnie z modyfikacją z dnia 17 kwietnia 2018, pytanie uznajemy za bezprzedmiotowe

20	19.04.2018	<p>Czy Zamawiający dopuszcza dodatkowe ograniczenia w wypłacie świadczeń – np.</p> <p><input type="checkbox"/> wypłata świadczenia z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku tylko jeżeli nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku?</p> <p><input type="checkbox"/> wypłata świadczenia z tytułu śmierci wskutek wypadku komunikacyjnego tylko jeżeli nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia wypadku komunikacyjnego?</p> <p><input type="checkbox"/> wypłata świadczenia z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku w pracy tylko jeżeli nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia wypadku w pracy?</p> <p><input type="checkbox"/> wypłata świadczenia z tytułu śmierci w wskutek zawału lub udaru/krwotoku śródmózgowego tylko jeżeli nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia wystąpienia zawału lub udaru?</p> <p><input type="checkbox"/> wypłata świadczenia z tytułu śmierci małżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku tylko jeżeli nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku?</p>	Zamawiający nie wyraża zgody na wprowadzenie przez Wykonawcę dodatkowych ograniczeń w wypłacie świadczeń.
21	19.04.2018	21. Czy Zamawiający dopuszcza, żeby ochrona w ubezpieczeniach dodatkowych wygasła wcześniej niż w ubezpieczeniu podstawowym (śmierci), tj. po osiągnięciu przez ubezpieczonego określonego w owu wieku np. 60 lat kończy się ochrona z tytułu niektórych ryzyk, np. śmierci w następstwie udaru mózgu lub zawału serca, poważnego zachorowania, operacji chirurgicznej?	Zamawiający nie dopuszcza stosowania przez Wykonawcę rozwiązania opisanego w treści pytania nr 21.
22	19.04.2018	22. Czy Zamawiający zgadza się aby odpowiedzialność Wykonawcy wygasła po wyczerpaniu 100% sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, tj. kwota wypłaconych świadczeń w stosunku do jednego ubezpieczonego wyniesie max. 100% sumy ubezpieczenia?	Zamawiający nie wyraża zgody na propozycję Wykonawcy wskazaną w pytaniu nr 22
23	19.04.2018	23. Czy Zamawiający wyraża zgodę aby Wykonawca wypłacał świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu po osiągnięciu minimalnego pułapu uszczerbku, np. 2%?	Zamawiający nie wyraża zgody na wprowadzenie przez Wykonawcę jakiegokolwiek minimalnego pułapu uszczerbku dla wypłat z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.
24	20.04.2018	<p>Pytanie 1</p> <p>Czy Zamawiający wyrazi zgodę, by członkowie rodzin pracowników, mogli pozostać w ubezpieczeniu maksymalnie do ukończenia 70 roku życia?</p>	Zamawiający nie wyraża zgody na obniżenie maksymalnego wieku przystępowania do ubezpieczenia członków rodzin pracowników do ukończenia 70 roku życia.
25	20.04.2018	<p>Pytanie 2</p> <p>Czy Zamawiający wyraża zgodę, by wcześniej nieubezpieczeni u Zamawiającego członkowie rodzin pracowników oraz wszystkie osoby przystępujące ze zwłoką do umowy ubezpieczenia zawartej w wyniku niniejszego postępowania (przystępujący do ubezpieczenia po okresie 3 m-cy od daty początku umowy lub po 3 miesiącach od daty zatrudnienia), wypełniali oświadczenia o stanie zdrowia (3 pytania)? Oświadczenie to składa się z poniższych pytań:</p> <p>1. Czy w ciągu ostatnich 2 lat przed dniem podpisania niniejszej deklaracji zgody przebywał/-a Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim z powodu choroby przez okres dłuższy niż 3 tygodnie _____ jedenrazowo (w przypadku kobiet nie dotyczy ciąży lub porodu)? W przypadku odpowiedzi</p>	Zamawiający nie wyraża zgody na zastosowanie underwritingu medycznego w postaci ankiet medycznych / oświadczeń o stanie zdrowia.

		<p>„Tak“, prosimy o napisanie poniżej jakie choroby lub dolegliwości były przyczyną zwolnienia lekarskiego i okres zwolnienia (jak długo).</p>		
		<p>2. Czy kiedykolwiek zasięgał/a Pan/Pani porady lekarskiej lub rozpoznano u Pana/Pani którąkolwiek z chorób: nowotwór lub guz innego rodzaju, białaczkę, cukrzycę, chorobę wrzodową żołądka, przewlekłe zapalenie trzustki, stwardnienie rozsiane, nadciśnienie tętnicze, chorobę wieńcową z zawałem serca lub bez zawału serca, udar mózgu, choroby nerek, padaczkę, chorobę psychiczną, zaburzenia zachowania, choroby płuc, nosicielstwo wirusa HIV, zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS), chorobę alkoholową, choroby wątroby lub przebył/a Pan/Pani leczenie kardiochirurgicznej? W przypadku odpowiedzi „Tak” prosimy o załączenie kopii dokumentacji medycznej (karta informacyjna leczenia szpitalnego, historia choroby z przychodni lub wyniki wykonywanych badań)</p>	Tak / Nie	
		<p>3. Czy kiedykolwiek ubiegał/a się Pan/Pani lub orzeciono u Pana/Pani niezdolność do pracy lub stopień niepełnosprawności?</p>	Tak / Nie	
		<p>Pracownicze ubezpieczenie grupowe jest przede wszystkim skierowane do pracowników Zamawiającego. Członkowie rodzin są grupą nieopisaną, w dużej mierze nie znaną nawet Zamawiającemu. Możliwość weryfikacji osób wcześniej nieubezpieczonych pozwoli uniknąć wzrostu poziomu szkodowości a co za tym idzie istotnego pogorszenia warunków dla ubezpieczonych, w szczególności pracowników, w przyszłym postępowaniu. To samo dotyczy pracowników, którzy decydują się przystąpić do umowy dopiero w momencie zdarzenia ubezpieczeniowego.</p>		
26	20.04.2018	<p>Pytanie 3</p> <p>Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zastosowanie oświadczeń, których mowa w pytaniu 3 dla wszystkich, dotychczas nieubezpieczonych osób, które wyrażą chęć przystąpienia do umowy ubezpieczenia?</p>		Zamawiający nie wyraża zgody na zastosowanie underwritingu medycznego w postaci ankiet medycznych / oświadczeń o stanie zdrowia.
27	20.04.2018	<p>Pytanie 4</p> <p>Czy Zamawiający wyrazi zgodę na modyfikację definicji pobytu w szpitalu na następujący:</p> <p>16) Pobyt w szpitalu – pobyt Ubezpieczonego w szpitalu (dotyczy pobytów spowodowanych chorobą, jak i nieszczęśliwym wypadkiem), w dowolnym miejscu na świecie, trwający dłużej niż 2 dni w przypadku pobytu spowodowanego chorobą oraz dłużej niż 1 dzień w przypadku pobytów spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem (jedna zmiana daty). Každy rozpoczęty dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu uważa się za pełny. Wyplata dziennego świadczenia szpitalnego za każdy dzień pobytu w szpitalu począwszy od 3 dnia w przypadku pobytu spowodowanego chorobą oraz od 1 dnia w przypadku pobytu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem. Zamawiający wymaga aby Wykonawca wypłacałienne świadczenie szpitalne z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu co najmniej przez okres 180 dni w każdym Roku ubezpieczenia.</p> <p>Wykonawca nie może wyłączyć swojej odpowiedzialności z tytułu pobytu w szpitalu w celu leczenia choroby w powołaniu się na fakt, iż choroba (lub infekcja) będąca przyczyną pobytu w szpitalu była zdiagnozowana, leczona, bądź której symptomy miały miejsce przed dniem początku odpowiedzialności Wykonawcy.</p>		Zamawiający nie wyraża zgody na zastosowanie zaproponowanej modyfikacji definicji pobytu w szpitalu.

		Zamawiający wymaga aby Wykonawca za pobyt w szpitalu uznawał również pobyt Ubezpieczonego w szpitalu rehabilitacyjnym – o ile pobyt ten jest pierwszym pobytem Ubezpieczonego w szpitalu rehabilitacyjnym następującym po co najmniej 7 dniowym pobycie Ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku lub choroby, przy czym okres jaki upłynął pomiędzy zakończeniem leczenia szpitalnego (choroby lub NW) a pobytem w szpitalu rehabilitacyjnym nie ma tutaj znaczenia, z zastrzeżeniem jednak że zarówno hospitalizacja w celu leczenia choroby lub NW oraz pobyt w szpitalu rehabilitacyjnym musi mieć miejsce w okresie odpowiedzialności Wykonawcy . Za pobyt w szpitalu rehabilitacyjnym Ubezpieczonemu przysługujeienne świadczenie szpitalne za każdy dzień pobytu, w wysokości dziennego świadczenia szpitalnego, jak za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby (niezależnie od tego czy pobyt w szpitalu rehabilitacyjnym poprzedzony był hospitalizacją w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub w wyniku choroby).	
28	20.04.2018	Pytanie 5 Czy Zamawiający wyrazi zgodę, by dotychczas nieubezpieczeni u Zamawiającego partnerzy pracowników, którzy przystępują do umowy ubezpieczenia będącej przedmiotem tego postępowania byli objęci karencjami zgodnie z OWU Wykonawcy? Partnerzy życiowi to grupa nieopisana, nie znana Zamawiającemu jak i Wykonawcy. Zastosowanie karencji dla nieubezpieczonych partnerów pozwoli zachować taki poziom szkodowości umowy, który w przyszłości nie spowoduje konieczności podniesienia składek dla pracowników, do których przede wszystkim kierowana jest oferta grupowego ubezpieczenia na życie.	Zamawiający nie wyraża zgody na zaproponowane zastosowanie okresów ograniczonej ochrony – karencji dla grupy partnerów pracowników.
29	20.04.2018	Pytanie 6 Czy Zamawiający wyrazi zgodę na wydłużenie niezbędnego do wypłaty świadczenia z tytułu rekonwalescencji, czasu pobytu w szpitalu do 14 dni? Pozostawienie minimalnej wymaganej ilości 7 dni powoduje znaczne zwiększenie ryzyka wypłaty świadczeń z tytułu rekonwalescencji a co za tym idzie zmusza Wykonawcę do zastosowania dużego narzutu na składkę w tym świadczeniu.	Zamawiający nie wyraża zgody na zaproponowaną interpretację dotyczącą zasad przyznawania wypłaty świadczenia z tytułu rekonwalescencji.
30	20.04.2018	Pytanie 7 Wykonawca zwraca się z prośbą o modyfikację zapisów ust. 4 i 5 załącznika nr 6 do SIWZ Opis Przedmiotu Zamówienia w następujący sposób: <i>„4. W przypadku zmiany przez Ubezpieczonego Wariantu ubezpieczenia z niższego na wyższy w trakcie okresu ubezpieczenia (po okresie przytąpienia), Wykonawca może zastosować karencję na różnicę sum i ryzyk. 5. wykreśla się.”</i> Możliwość zmiany wariantu ubezpieczenia z niższego na wyższy, nawet raz w ciągu roku, będzie powodować wzrost wskaźnika szkodowości kontraktu, który o w efekcie spowoduje pogorszenie warunków w następnym postępowaniu. Pozostawienie zapisów ust. 4 i 5 bez zmian zmusi Wykonawców do podwyższenia składek zaoferowanych Zamawiającemu w niniejszym postępowaniu. Powyższe dotyczy również możliwość przystępowania osób w rocznicę polisy bez karencji.	Zamawiający nie wyraża zgody na zaproponowane zmiany. Jednocześnie Zamawiający wyjaśnia, że wskazany zapis został zmieniony (odpowiedź na pyt. 10 z dnia 19.04.2018)

31	20.04.2018	<p>Pytanie 8</p> <p>Wykonawca prosi o wyjaśnienia, czy zniesienie pre-existingu w poszczególnych ryzykach dotyczy jedynie osób dotychczas ubezpieczonych grupowo u Zamawiającego? (z wyjątkiem pobytu w szpitalu i operacji chirurgicznych, w których pre-existing jest zniesiony całkowicie?)</p>	<p>Zamawiający precyzuje zapisy dotyczące stosowania zniesienia pre-existingu w załączniku nr 6, w szczególności paragraf III Definicje oraz paragraf IV Inne szczegółowe obligatoryjne warunki ubezpieczenia.</p>
32	20.04.2018	<p>Pytanie 9</p> <p>Czy Zamawiający zaakceptuje katalog operacji chirurgicznych zawarty w OWU Wykonawcy zawierający ponad 541 operacji podzielonych na 5 klas, gdzie minimalna wysokość świadczenia wynosi 12,5% sumy ubezpieczenia z tytułu operacji chirurgicznych a maksymalna wynosi 100 % tej sumy ubezpieczenia?</p>	<p>Zgodnie z załącznikiem nr 6 – Rozdz. III pkt.. 1 ppkt 15, przez operację chirurgiczną rozumiany jest zabieg chirurgiczny wykonany w publicznym lub niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej w dowolnym miejscu na świecie.</p> <p>Wartości wskazane w tabeli zakresów ochrony ubezpieczeniowej, w wierszu „operacje chirurgiczne”, dla wariantów I - VI, są wysokością świadczenia przysługującego za operacje chirurgiczne zaliczane przez Wykonawcę (zgodnie z katalogiem operacji chirurgicznych stanowiącym załącznik do OWU Wykonawcy) do klasy operacji najpoważniejszych (tj. operacji o najwyższym stopniu skomplikowania), za które przysługuje świadczenie na poziomie 100% sumy ubezpieczenia.</p> <p>Wysokość świadczeń uzależniona jest od rodzaju (stopnia skomplikowania) operacji, według klasyfikacji operacji chirurgicznych obowiązującego u Wykonawcy zgodnie z OWU Wykonawcy.</p> <p>Zamawiający wymaga aby Wykonawca wypłacał świadczenia za każdą operację chirurgiczną Ubezpieczonego (o ile wyszczególniona jest ona w katalogu operacji chirurgicznych stanowiącym załącznik do OWU Wykonawcy), co oznacza, iż Wykonawca nie może uchylić się od odpowiedzialności poprzez stosowanie jakichkolwiek limitów czasowych dotyczących odstępu pomiędzy</p>

			poszczególnymi operacjami, bądź też w przypadku zbiegu kilku operacji wykonywanych w jednym czasie ograniczać świadczenie do wypłaty tylko za jedną operację chirurgiczną, za którą przysługuje najwyższe świadczenie, albo stosować wyłączenie swojej odpowiedzialności w stosunku do danego Ubezpieczonego, gdy sumaryczna wartość świadczeń wypłaconych danemu Ubezpieczonemu, z tytułu operacji chirurgicznych wykonanych u danego Ubezpieczonego przekroczy określony w OWU przez Wykonawcę próg procentowy lub kwotowy
33	20.04.2018	<p>Pytanie 10</p> <p>Wykonawca zwraca się z prośbą o podanie wysokości kosztów obsługi ubezpieczenia przez osoby wskazane przez Zamawiającego, w tym także wysokość kurtażu brokerskiego, jaką należy uwzględnić przy kalkulacji składki ubezpieczeniowej.</p> <p>Wysokość kosztów obsługi ubezpieczenia jest jednym z najważniejszych parametrów niezbędnych do wyliczenia składki w programie ubezpieczenia.</p>	Zamawiający udzielił odpowiedzi – pytanie nr 13 z dnia 19.04.2018

Z poważaniem

Przewodniczący Komisji Przetargowej


 SPECJALISTA
 Dział Zamówień Publicznych
 mgr Rafał Rzepocki

