**ZAPYTANIE OFERTOWE**

**„Grupowe ubezpieczenie zdrowotne pracowników Centrum Projektów Polska Cyfrowa oraz członków ich rodzin i partnerów”**

CPV: 66512200-4 Usługi ubezpieczenia zdrowotnego

66512210-7 Usługi dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego

Warszawa, dnia 21 marca 2018 r.

Centrum Projektów Polska Cyfrowa (dalej: „CPPC” lub „Zamawiający”) zaprasza do złożenia oferty cenowej na realizację usługi – grupowe ubezpieczenie zdrowotne pracowników CPPC

**I. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia - *Grupowe ubezpieczenie zdrowotne pracowników Centrum Projektów Polska Cyfrowa oraz członków ich rodzin i partnerów*, znajduje się   
w **Załączniku nr 3** do zapytania ofertowego.

**II. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Zamawiający uzna, że Wykonawca spełnia warunek wiedzy i doświadczenia, gdy wykonawca w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert (a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie) wykonał lub wykonuje co najmniej dwie usługi świadczenia ubezpieczenia grupowego, każde z zamówień w grupie liczącej co najmniej 30 osób, każda z usług o wartości nie mniejszej niż 30.000,00 złotych brutto (słownie złotych brutto: trzydzieści tysięcy złotych).

Na potwierdzenie spełnienia warunku w zakresie wiedzy i doświadczenia wykonawca zobowiązany jest przedłożyć wykaz usług, zgodnie ze wzorem stanowiącym **Załącznik nr 2** do zapytania ofertowego.Wykonanie lub wykonywanie usług zamieszczonych w wykazie musi być potwierdzone poświadczonymi za zgodność z oryginałem referencjami, że usługi te zostały wykonane należycie.

Wykonawca zobowiązany jest wykazać, że posiada aktualne zezwolenie lub inny dokument właściwego organu na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej na terenie RP we wszystkich grupach ryzyka, których dotyczy przedmiot zamówienia.

**III. INFORMACJE DOTYCZĄCE WARUNKÓW SKŁADANIA OFERT**

Ofertę cenową na Formularzu ofertowym należy złożyć w terminie do dnia **4.04.2018 r. do godz.11:00,** drogą elektroniczną – skan podpisanej oferty wraz załącznikami – na adres: [KWalczak@cppc.gov.pl](mailto:KWalczak@cppc.gov.pl), w tytule maila proszę wpisać: **„Grupowe ubezpieczenie zdrowotne pracowników CPPC**”.

Oferta powinna zawierać:

1. Formularz ofertowy, zgodnie ze wzorem stanowiącym **Załącznik nr 1** do zapytania ofertowego;
2. Wykaz usług zrealizowanych przez wykonawcę, zgodnie ze wzorem stanowiącym **Załącznik nr 2** do zapytania ofertowego.

**IV. KRYTERIA OCENY OFERT**

1. Kryteriami, którym zamawiający będzie kierował się przy wyborze oferty jest:   
   - Ceny abonamentów w wariantach uzależnionych od liczby osób przystępujących do ubezpieczenia – 70 %

- Liczba wizyt domowych – 10 %

- Liczba placówek na terenie m.st. Warszawy – 10 %

- Liczba placówek na terenie Polski – 10 %

Oferta wykonawcy powinna zawierać wszystkie 3 warianty uzależnione od liczby przystępujących do ubezpieczenia pracowników.

1. Ceny abonamentów w wariantach uzależnionych od liczby osób przystępujących do ubezpieczenia – 70 %

Liczba punktów przydzielona w tym kryterium poszczególnym wykonawcom ustalona zostanie zgodnie z poniższym wzorem:

Gdzie:

Cn – najniższa cena łączna brutto spośród ocenianych ofert

Co – cena łączna brutto oferty ocenianej

Przy czym cena łączna (zarówno Cn jak i Co) obliczona zostanie w następujący sposób:

Cł = [wariant podstawowy (C1+C2+C3)/3 + wariant poszerzony (C1+C2+C3)/3]/2

oraz

C1 = (C1I+C1P+C1R)/3

C2 = (C2I+C2P+C2R)/3

C3 = (C3I+C3P+C3R)/3

Gdzie:

Cł – cena łączna ;

C1- średnia arytmetyczna ceny miesięcznej za wariant w którym do ubezpieczenia przystąpi poniżej 30% pracowników w pakietach: indywidualnym (C1I), partnerskim (C1P) i rodzinnym (C1R);

C2- średnia arytmetyczna ceny miesięcznej za wariant w którym do ubezpieczenia przystąpi powyżej 30% pracowników w pakietach: indywidualnym (C2I), partnerskim (C2P) i rodzinnym (C2R);

C3- średnia arytmetyczna ceny miesięcznej za wariant w którym do ubezpieczenia przystąpi powyżej 60% pracowników w pakietach: indywidualnym (C3I), partnerskim (C3P) i rodzinnym (C3R);

CI – cena miesięczna wariantu indywidualnego

CP – cena miesięczna wariantu partnerskiego

CR – cena miesięczna wariantu rodzinnego

Maksymalna ilość punktów do zdobycia w tym kryterium – 70 punktów.

1. Liczba wizyt domowych – 10 %

Liczba punktów przydzielona w tym kryterium poszczególnym wykonawcom ustalona zostanie zgodnie z poniższym wzorem:

Gdzie:

WDo – łączna ilość wyjazdów domowych oferty ocenianej

WDn – najwyższa łączna ilość spośród ocenianych ofert

1. Liczba placówek na terenie m.st. Warszawy – 10 %

Liczba punktów przydzielona w tym kryterium poszczególnym wykonawcom ustalona zostanie zgodnie z poniższym wzorem:

Gdzie:

LPWo – liczba placówek na terenie m.st. Warszawy oferty ocenianej

LPWn – najwyższa liczba placówek na terenie m.st. Warszawy

1. Liczba placówek na terenie Polski

Liczba punktów przydzielona w tym kryterium poszczególnym wykonawcom ustalona zostanie zgodnie z poniższym wzorem:

Gdzie:

LPPo – liczba placówek na terenie Polski oferty ocenianej

LPPn – najwyższa liczba placówek na terenie Polski

1. Do realizacji zamówienia zostanie wybrany wykonawca, którego oferta uzyska łącznie największą liczbę punktów obliczoną zgodnie z wzorem:

L = Cł + WD + LPW + LPP

Gdzie:

Cł – liczbapunktów w kryterium cena łączna badanej oferty

WD – liczba punktów w kryterium Wyjazdy domowe badanej oferty

LPW – liczba punktów w kryterium Liczba placówek na terenie m.st. Warszawy

LPP – liczba punktów w kryterium Liczba placówek na terenie Polski

1. Oferta wykonawcy może uzyskać maksymalnie 100 punktów.
2. Zamawiający udzieli zamówienia temu wykonawcy, którego oferta nie zostanie odrzucona i uzyska największą liczbę punktów.

**V INFORMACJE DODATKOWE**

1. Cena oferty musi zawierać wszystkie koszty, w tym wszystkie opłaty i podatki oraz koszty dodatkowe niezbędne dla realizacji zamówienia.
2. Wykonawca ma prawo złożyć tylko jedną ofertę. Złożenie przez tego samego wykonawcę więcej niż jednej oferty, w sposób inny niż określony w pkt. III niniejszego zapytania ofertowego lub po terminie, spowoduje jej odrzucenie.
3. Niespełnienie warunków udziału oraz nieprzedłożenie dokumentów wymaganych na ich potwierdzenie skutkować będzie wykluczeniem wykonawcy (a jego oferta zostanie wówczas odrzucona).
4. Wykonawca nie będzie miał roszczeń o zawarcie umowy w sytuacji, gdy zamawiający i wykonawca nie dojdą do porozumienia co do szczegółowej treści umowy.
5. Zamówienie nie może być udzielane podmiotom powiązanym z zamawiającym osobowo lub kapitałowo. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między wykonawcą lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu wykonawcy lub osobami wykonującymi w imieniu wykonawcą czynności związane z przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą, polegające   
   w szczególności na:

a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,

b) posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika   
z przepisów prawa lub nie został określony przez Instytucję Zarządzającą POPC,

c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta,

pełnomocnika,

d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia przedmiotowego zapytania ofertowego na każdym jego etapie, bez podania przyczyny.

**VI. INFORMACJE O FORMALNOŚCIACH, JAKIE POWINNY BYĆ DOPEŁNIONE PO WYBORZE OFERTY W CELU ZAWARCIA UMOWY.**

1. Z wykonawcą, którego oferta zostanie wybrana jako najkorzystniejsza, zostanie podpisana umowa na wzorcu umownym dostarczonym przez wykonawcę, o treści uwzględniającej warunki postępowania zawarte w zapytaniu ofertowym oraz ewentualne uwagi zamawiającego.
2. Zamawiający zastrzega sobie prawo do negocjowania z wykonawcą treści umowy (polisy) oraz Ogólnych Warunków Ubezpieczenia (OWU), w zakresie nieuregulowanym w zapytaniu ofertowym, a także możliwość odmowy zawarcia umowy z wykonawcą, który przedstawił ofertę najkorzystniejszą w sytuacji gdy postanowienia umowy (polisy) lub OWU, które nie zostały uregulowane w zapytaniu ofertowym nie spełniają wymagań zamawiającego.
3. Zamawiający wymaga by umowa/polisa zawierała możliwość rozwiązania jej za wypowiedzeniem z zachowaniem nie dłuższego niż 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
4. Wykonawca sam pozyska od ubezpieczonych zgody na przetwarzanie ich danych osobowych, a zamawiający nie będzie mu powierzał danych do przetwarzania.

Załącznik nr 1

do zapytania ofertowego

**FORMULARZ OFERTY**

Pełne dane adresowe wykonawcy:

Nazwa (firma)………………………………………………………………………………………………………………………

Siedziba………………………………………………………………………………………………………………………………

Nr. telefonu/ nr faksu…………………………………………………………………………………………………………

Adres ……………………………………………………………………………………………………………………………………

Nr NIP…………………………………………………………………………………………………………………………………

e-mail…………………………………………………………………………………………………………………………………

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe na: **„Grupowe ubezpieczenie zdrowotne pracowników Centrum Projektów Polska Cyfrowa oraz członków ich rodzin i partnerów”**

w celu zawarcia umowy/ polisy składam/y niniejszą ofertę.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. CENA | | | |
| **Wariant** | **Pakiet** | **Podstawowy**  **(cena w zł)** | **Poszerzony**  **(cena w zł)** |
| Do ubezpieczenia przystąpi **poniżej 30 % pracowników** | Indywidualny |  |  |
| Partnerski |  |  |
| Rodzinny |  |  |
| Do ubezpieczenia przystąpi **powyżej 30% pracowników** | Indywidualny |  |  |
| Partnerski |  |  |
| Rodzinny |  |  |
| Do ubezpieczenia przystąpi **powyżej 60 % pracowników** | Indywidualny |  |  |
| Partnerski |  |  |
| Rodzinny |  |  |
| 1. Liczba wizyt domowych | |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| III. | Liczba placówek na terenie m.st. Warszawy |  |
| IV. | Liczba placówek na terenie Polski |  |

1. Zobowiązuję się, że zaoferowane wynagrodzenie za wykonanie przedmiotu zamówienia   
   nie ulegnie zmianie w trakcie trwania umowy.
2. Zobowiązuję się zrealizować przedmiot zamówienia zgodnie z zapytaniem ofertowym.
3. W razie wybrania naszej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy.
4. Niniejsza oferta wraz z załącznikami zawiera ............... kolejno ponumerowanych stron.
5. Oświadczam, że nie jestem powiązany z zamawiającym osobowo lub kapitałowo. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między wykonawcą lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu wykonawcy lub osobami wykonującymi w imieniu wykonawcy czynności związanych z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą, polegające w szczególności na:
6. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
7. posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji;
8. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
9. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dnia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (pieczęć i podpis wykonawcy) |

*\*niepotrzebne skreślić*

Załącznik nr 2

do zapytania ofertowego

**WYKAZ USŁUG**

Nawiązując do zapytania ofertowego na **„Grupowe ubezpieczenie zdrowotne pracowników Centrum Projektów Polska Cyfrowa oraz członków ich rodzin   
i partnerów”**, niniejszym przekazuję wykazusług wraz z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i podmiotów, na rzecz których usługi zostały wykonane, oraz załączeniem dowodów określających czy te usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie.

Nazwa i adres wykonawcy

Doświadczenie w zakresie wykonanych lub wykonywanych usług:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Usługi dotyczące warunku udziału  w postępowaniu (nazwa usługi)** | **Przedmiot usługi** | **Odbiorca usługi** | **Wartość usługi** | **Termin wykonania usługi** |
| Usługa 1 |  |  |  |  |
| Usługa 2 |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 rok

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(pieczęć i podpis wykonawcy)*

W załączeniu:

* dokumenty potwierdzające doświadczenie Wykładowcy tj. kopie referencji lub innych dokumentów poświadczone za zgodność z oryginałem przez wykonawcę

Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

1. **Postanowienia ogólne**
   1. Przedmiotem zamówienia jest grupowe ubezpieczenie zdrowotne (zwane dalej „ubezpieczeniem”) pracowników Centrum Projektów Polska Cyfrowa (dalej zwanego „zamawiającym” lub „Ubezpieczającym”) oraz członków ich rodzin i partnerów (dalej zwanych „Ubezpieczonymi”).
   2. Umowa obowiązywać będzie przez okres: co najmniej 12 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, z możliwością przedłużenia ubezpieczenia o kolejne 12 miesięcy.

Ubezpieczenie jest dobrowolne. Pracownicy mogą w dowolnym momencie trwania umowy przystępować do ubezpieczenia i z niego rezygnować. Zmiana pakietu na niższy przez pracownika będzie możliwa po upływie nie więcej niż 12 miesięcy od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

* 1. Opisany w OPZ zakres ochrony i wymagania to warunki minimalne. Jeżeli w oferowanych ogólnych warunkach ubezpieczenia znajdują się zapisy korzystniejsze dla Zamawiającego i Ubezpieczonych i nie zostanie wyraźnie zastrzeżone przez Wykonawcę, że nie będą one mieć zastosowania, to zostają automatycznie włączone do ubezpieczenia.
  2. Odpłatność za usługi we wskazanych przez wykonawcę placówkach medycznych będzie można uiścić również bezgotówkowo.

1. **Ubezpieczeni**
   1. Liczba aktualnie zatrudnionych w CPPC wynosi - 148 osób (stan na 31.01.2018 roku). Składka za ubezpieczenie będzie opłacana przez pracowników za pośrednictwem zamawiającego.
   2. Zamawiający nie może zagwarantować dokładnej liczby pracowników jaka skorzysta z możliwości przystąpienia do ubezpieczenia grupowego. Na podstawie wstępnego rozeznania, szacuje się, że do ubezpieczenia przystąpi ok. 30 % pracowników. Dlatego też, w formularzu ofertowym wykonawca wskaże ceny pakietów w różnych wariantach uzależnione od liczby osób przystępujących.
   3. Do ubezpieczenia może przystąpić każdy pracownik zamawiającego.
   4. Struktura wiekowo-płciowa zatrudnionych:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wiek** | **Kobiety** | **Mężczyźni** | **Razem K i M** |
| **do 30 lat** | 31 | 8 | 39 |
| **30-50 lat** | 73 | 33 | 106 |
| **powyżej 50 lat** | 3 | 0 | 3 |
| **Razem** | 103 | 41 | 148 |

* 1. Ubezpieczeniem mogą być objęci również członkowie rodzin pracowników, z zastrzeżeniem, ze członek rodziny danego pracownika może zostać objęty ubezpieczeniem, jeżeli do ubezpieczenia przystąpił także sam pracownik.
  2. Przez członków rodziny pracownika rozumie się jego małżonka lub partnera życiowego oraz dzieci.
  3. Definicje Ubezpieczonych:

1. pracownik - osoba zatrudniona przez zamawiającego na podstawie umowy o pracę, mianowania, wyboru, powołania, w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu,
2. współmałżonek/partner osoby zdefiniowanej w pkt.1):
   1. małżonek pracownika - osoba pozostająca z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
   2. partner pracownika – osoba pozostająca w związku pozamałżeńskim i prowadząca z ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe, wskazana imiennie w deklaracji przystąpienia, pod warunkiem, iż żadna z osób w związku pozamałżeńskim nie pozostaje w związku małżeńskim.
3. dziecko osoby zdefiniowanej w pkt. 1). - dziecko własne, a także przysposobione lub pasierb pracownika, w wieku do 18 lat lub do 26 lat, jeżeli pozostaje z Ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.
   1. Przystępowanie do ubezpieczenia przez Ubezpieczonych następować będzie bez oceny ryzyka medycznego, co oznacza, że wykonawca nie uzależnia możliwości przystąpienia do ubezpieczenia oraz realizacji świadczeń od stanu zdrowia Ubezpieczonego sprzed okresu ubezpieczenia.
   2. Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie wynikającym z umowy ubezpieczenia w odniesieniu do każdej z osób wskazanych w pkt 2.6, rozpoczyna się najpóźniej pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po dniu złożenia przez tę osobę deklaracji przystąpienia, pod warunkiem przekazania za tę osobę wykonawcy pierwszej składki.
   3. Odpowiedzialność wykonawcy w stosunku do danego Ubezpieczonego kończy się:
4. z dniem, w którym wykonawca otrzymał oświadczenie o odstąpieniu przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia,
5. w dniu końca okresu, za który opłacono składkę, jeżeli Ubezpieczony zrezygnował z ubezpieczenia,
6. w dniu końca okresu, za który opłacono składkę – w przypadku ustania łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym stosunku będącego podstawą do objęcia ubezpieczonego ochroną. Jeżeli ta data jest ostatnim dniem miesiąca, w którym ustał stosunek łączący Ubezpieczonego z Ubezpieczającym, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń może być przedłużona o jeden miesiąc pod warunkiem opłacenia składki za ten miesiąc,
7. w dniu śmierci Ubezpieczonego,
8. w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia.
9. **Karencje**

Przystępowanie do ubezpieczenia jest możliwe bez karencji, w każdym momencie, bez względu na datę nabycia uprawnień przez Ubezpieczonego. W przypadku rezygnacji z ubezpieczenia Ubezpieczony nie może przystąpić do niego ponownie w ramach tej samej polisy.

1. **Obowiązki wykonawcy:**

zamawiający wymaga, aby:

4.1 wykonawca udostępnił wszystkim ubezpieczonym całodobową, telefoniczną infolinię medyczną, poprzez którą Ubezpieczony będzie miał możliwość umawiania terminów wizyt lekarskich oraz wszelkich usług dostępnych w zakresie wykupionego przez siebie pakietu ubezpieczenia zdrowotnego. Najpóźniej dzień przed umówionym terminem, Ubezpieczony dostawać będzie każdorazowo za pomocą sms/maila potwierdzenie: terminu, godziny, nazwy i adresu placówki oraz nazwisko lekarza, do którego została umówiona wizyta lub w przypadku badań – potwierdzenie terminu, godziny, nazwy i adresu placówki oraz nazwy badania, jakie ma być wykonane.

4.2 Za pośrednictwem infolinii była możliwa koordynacja działań np. wskazanie najbliższej placówki, itp. oraz aby za jej pośrednictwem była udzielana informacja o danych adresowych i telefonicznych dostępnych placówek, zakresie usług medycznych świadczonych w danej placówce oraz o godzinach pracy danej placówki.

4.3 Ubezpieczony miał możliwość korzystania z usług we wszystkich placówkach udostępnionych przez wykonawcę oraz swobodnego wyboru lekarzy wszystkich specjalizacji, zatrudnionych w tych placówkach, przy czym w przypadku wskazania konkretnego lekarza specjalisty przez Ubezpieczonego, zastrzeżone przez Zamawiającego terminy dostępności (pkt. 6.1 opisu przedmiotu zamówienia) nie będą obowiązywały wykonawcy. Wykonawca wraz z umową ubezpieczenia przekaże Zamawiającemu listę placówek medycznych na terenie Polski, w których Ubezpieczeni będą mogli korzystać z usług objętych umową.

4.4 Na terenie m.st. Warszawy wykonawca zapewnił możliwość korzystania z usług wskazanych w umowie/polisie w co najmniej 50 placówkach.

4.5 Nie było ograniczeń w korzystaniu z usług medycznych w stosunku do osób chorych na choroby przewlekłe i choroby, które zostały zdiagnozowane przed podpisaniem umowy z pracownikiem w zakresie konsultacji lekarskich oraz badań diagnostycznych i laboratoryjnych.

4.6 Wykonawca obejmie ubezpieczeniem także osoby przebywające na zwolnieniach lekarskich, urlopach macierzyńskich lub ojcowskich, urlopach bezpłatnych.

1. **Obowiązki Zamawiającego:**

W związku z wyborem wykonawcy zamawiający będzie wykonywał następujące czynności:

5.1 Informował pracowników o możliwości przystąpienia do ubezpieczenia.

5.2 Przyjmował od Ubezpieczonych deklaracje przystąpienia do ubezpieczenia i przekazywał je do wykonawcy.

5.3 Sporządzał raz w miesiącu i przekazywał wykonawcy wykaz osób przystępujących do ubezpieczenia i osób, które zrezygnowały z ubezpieczenia.

5.4 Dokonywał potrącenia składek za udzieloną ochronę ubezpieczeniową z wynagrodzeń ubezpieczonych pracowników i przekazywał je na wskazany rachunek bankowy wykonawcy.

5.5 Zapewni by każdy pracownik przystępując do ubezpieczenia wyraził zgodę na comiesięczne potrącanie przez Zamawiającego składki na ubezpieczenie z jego wynagrodzenia (w tym składki za członków rodziny pracownika).

5.6 Składka potrącona w danym miesiącu pracownikom, którzy przystąpili do ubezpieczenia przelewana będzie przez zamawiającego jednym przelewem na rachunek wykonawcy. Za datę płatności uznaje się datę obciążenia rachunku bankowego zamawiającego.

5.7 Zamawiający zobowiązany jest do zapłaty pierwszej i każdej następnej składki w terminie do ostatniego dnia miesiąca licząc od pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna.

5.8 Niezapłacenie składki w terminie nie spowoduje rozwiązania umowy ani zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej.

W przypadku niezapłacenia przez zamawiającego składki, w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia w terminie, o którym mowa w ust. 5.7, wykonawca wezwie Ubezpieczającego do zapłaty składki w dodatkowym terminie (co najmniej 7 dni od dnia dostarczenia do siedziby Ubezpieczającego wezwania), wyznaczonym przez wykonawcę w pisemnym wezwaniu oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia składki w dodatkowym terminie.

**6.** **Informacja o przebiegu ubezpieczenia.**

6.1 Po upływie każdych 6 miesięcy trwania umowy ubezpieczenia wykonawca przedstawi zamawiającemu w uzgodnionej formie informację o przebiegu ubezpieczenia zawierającą przynajmniej ilość zrealizowanych świadczeń wg poniższego schematu:

- liczba konsultacji lekarskich podstawy opieki medycznej;

- liczba konsultacji lekarskich lekarzy specjalistów;

- liczba badań laboratoryjnych;

- liczba badań diagnostycznych.

**7. Zakres ubezpieczenia**

Zamawiający wymaga by ubezpieczenie było dostępne co najmniej w następujących pakietach:

1. Indywidualnym:
2. Podstawowy,
3. Poszerzony,
4. Partnerskim:

a) Podstawowy,

b) Poszerzony,;

1. Rodzinnym:

a) Podstawowy,

b) Poszerzony.

Definicje pakietów :

1. Pakiet indywidualny – pakiet, w którym składka opłacana jest wyłącznie za ubezpieczonego pracownika.
2. Pakiet partnerski – pakiet, w którym składka opłacana jest za ubezpieczonego oraz jednego członka jego rodziny (partnera, małżonka lub dziecko).
3. Pakiet rodzinny – pakiet, w którym składka opłacana jest za ubezpieczonego oraz więcej niż jednego członka jego rodziny (partnera, małżonka oraz dzieci - bez względu na ich liczbę).

**Zakres świadczeń musi zawierać co najmniej:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zakres świadczeń medycznych** | **Zakres podstawowy** | **Zakres poszerzony** |
| **Konsultacje lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej – BEZ LIMITU** |  |  |
| 1. lekarz medycyny rodzinnej | TAK | TAK |
| 1. internista | TAK | TAK |
| 1. pediatra | TAK | TAK |
| **Konsultacje lekarzy specjalistów – BEZ SKIEROWANIA, BEZ LIMITU** |  |  |
| 1. Alergolog | TAK | TAK |
| 1. Anestezjolog | TAK | TAK |
| 1. Audiolog | TAK | TAK |
| 1. Chirurg ogólny | TAK | TAK |
| 1. Chirurg onkolog | TAK | TAK |
| 1. Dermatolog | TAK | TAK |
| 1. Diabetolog | TAK | TAK |
| 1. Endokrynolog | TAK | TAK |
| 1. Gastrolog | TAK | TAK |
| 1. Ginekolog | TAK | TAK |
| 1. Hematolog | TAK | TAK |
| 1. Hepatolog | TAK | TAK |
| 1. Kardiolog | TAK | TAK |
| 1. Lekarz chorób zakaźnych | NIE | TAK |
| 1. Nefrolog | TAK | TAK |
| 1. Neurochirurg | NIE | TAK |
| 1. Neurolog | TAK | TAK |
| 1. Okulista | TAK | TAK |
| 1. Onkolog | TAK | TAK |
| 1. Ortopeda | TAK | TAK |
| 1. Otolaryngolog | TAK | TAK |
| 1. Psychiatra | NIE | TAK |
| 1. Pulmonolog | TAK | TAK |
| 1. Radiolog | NIE | TAK |
| 1. Reumatolog | TAK | TAK |
| 1. Urolog | TAK | TAK |
| 1. Wenerolog | NIE | TAK |
| **Zabiegi ambulatoryjne – BEZ LIMITU** |  |  |
| * ogólnolekarskie – niechirurgiczne usunięcie kleszcza, założenie cewnika, pobranie materiału do badania mikrobiologicznego, opatrzenie małych urazów | TAK | TAK |
| * pielęgniarskie - pomiar ciśnienia, pomiar wzrostu i wagi ciała, iniekcje: domięśniowe, dożylne, podskórne, podłączenie kroplówki, pobranie krwi, | TAK | TAK |
| * otolaryngologiczne - płukanie uszu, przedmuchiwanie trąbki słuchowej, usunięcie ciała obcego z ucha, nosa, gardła, zaopatrzenie krwotoku z nosa, opatrunek uszny z lekiem, | TAK | TAK |
| * chirurgiczne - nacięcie ropnia, leczenie wrastającego paznokcia, szycie rany, zdjęcie szwów, | TAK | TAK |
| * ginekologiczne – pobranie materiału do cytologii, | TAK | TAK |
| * okulistyczne - badanie dna oka, usunięcie ciała obcego z oka, badanie ostrości widzenia, badanie pola widzenia, pomiar ciśnienia śródgałkowego, dobór szkieł korekcyjnych, | TAK | TAK |
| * ortopedyczne - założenie, bądź zmiana opatrunku w zakresie drobnych drobnego zwichnięć, skręceń, nieskomplikowanych złamań. | TAK | TAK |
| * urologiczne – założenie/zmiana cewnika (bez kosztu cewnika). | TAK | TAK |
| * alergologiczne – odczulanie (bez kosztu podawanych leków). | TAK | TAK |
| **Diagnostyka laboratoryjna** |  |  |
| **Hematologia** |  |  |
| * morfologia krwi obwodowej bez rozmazu i z rozmazem (pełnym różnicowaniem granulocytów) | TAK | TAK |
| * odczyn opadania krwinek czerwonych OB | TAK | TAK |
| * hematokryt | TAK | TAK |
| * leukocyty | TAK | TAK |
| * płytki krwi | TAK | TAK |
| * czas kaolinowo-kefalinowy APTT | TAK | TAK |
| * czas protrombinowy PT | TAK | TAK |
| * fibrynogen | TAK | TAK |
| * retikulocyty | TAK | TAK |
| **Biochemia** |  |  |
| * aminotransferaza alaninowa (ALT) | TAK | TAK |
| * aminotransferaza asparaginianowa (AST) | TAK | TAK |
| * chlorki (Cl) | TAK | TAK |
| * dehydrogenaza mleczanowa (LDH) | TAK | TAK |
| * białko całkowite | TAK | TAK |
| * białko C-reaktywne (CRP) | TAK | TAK |
| * bilirubina całkowita | TAK | TAK |
| * fosfataza kwaśna całkowita | TAK | TAK |
| * fosfataza sterczowa | TAK | TAK |
| * cholesterol całkowity | TAK | TAK |
| * cholesterol HDL | TAK | TAK |
| * cholesterol LDL | TAK | TAK |
| * glukoza | TAK | TAK |
| * test obciążenia glukozą | TAK | TAK |
| * kreatynina | TAK | TAK |
| * potas (K) | TAK | TAK |
| * sód (Na) | TAK | TAK |
| * triglicerydy | TAK | TAK |
| * żelazo (Fe) | TAK | TAK |
| * ferrytyna | NIE | TAK |
| * transferryna | NIE | TAK |
| * albuminy | TAK | TAK |
| * amylaza | TAK | TAK |
| * bilirubina bezpośrednia | TAK | TAK |
| * czynnik reumatoidalny (RF) | TAK | TAK |
| * gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP) | TAK | TAK |
| * hemoglobina glikowana (HbA1C) | TAK | TAK |
| * kinaza fosfokreatynowa | TAK | TAK |
| * kwas moczowy | TAK | TAK |
| * mocznik | TAK | TAK |
| * lipidogram | TAK | TAK |
| * proteinogram | TAK | TAK |
| * wapń całkowity (Ca) | TAK | TAK |
| * żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC) | TAK | TAK |
| * fosfataza alkaliczna (AP) | TAK | TAK |
| **Hormony** |  |  |
| * hormon tyreotropowy (TSH) | TAK | TAK |
| * trijodotyronina całkowita (TT3) | NIE | TAK |
| * trijodotyronina wolna (fT3) | NIE | TAK |
| * tyroksyna wolna (fT4) | NIE | TAK |
| * tyroksyna całkowita (TT4) | NIE | TAK |
| * aldosteron | NIE | TAK |
| * dehydroepiandrosteronu siarczan (DHEAS) | NIE | TAK |
| * estradiol | NIE | TAK |
| * hormon adrenokortykotropowy (ACTH) | NIE | TAK |
| * hormon folikulotropowy (FSH) | NIE | TAK |
| * hormon luteinizujący (LH) | NIE | TAK |
| * kortyzol | NIE | TAK |
| * osteokalcyna | NIE | TAK |
| * parathormon (PTH) | NIE | TAK |
| * progesteron | NIE | TAK |
| * prolaktyna (PRL) | NIE | TAK |
| * testosteron | NIE | TAK |
| **Immunologia i serologia** |  |  |
| * antygen HBs | TAK | TAK |
| * antystreptolizyna O (ASO) | TAK | TAK |
| * oznaczenie grupy krwi układu A, B, O, Rh(D) z oceną hemolizyn | TAK | TAK |
| * odczyn Waalera-Rosego | TAK | TAK |
| * odczyn VDRL (USR/RPR) | TAK | TAK |
| * przeciwciała przeciw HBs | TAK | TAK |
| * immunoglobulina E całkowite (IgE) | NIE | TAK |
| * przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej (ATPO), | NIE | TAK |
| * przeciwciała przeciw tyreoglobulinie (ATG) | NIE | TAK |
| * Odczyn Coombsa BTA | NIE | TAK |
| * Przeciwciała przeciw Chlamydia trachomatis (IgA, IgG, IgM) | NIE | TAK |
| **Wirusologia** |  |  |
| * antygen HBe | NIE | TAK |
| * przeciwciała HBe | NIE | TAK |
| * przeciwciała HCV | NIE | TAK |
| * przeciwciała HIV | NIE | TAK |
| * przeciwciała rubella (różyczka) (IgG, IgM), | NIE | TAK |
| * przeciwciała przeciw toksoplazmozie gondii (IgG, IgM) | NIE | TAK |
| * przeciwciała przeciw mononukleozie zakaźnej/EBV (IgM) | NIE | TAK |
| **Badanie moczu** |  |  |
| * mocz - badanie ogólne | TAK | TAK |
| * kreatynina w moczu | TAK | TAK |
| * białko w moczu | TAK | TAK |
| * Glukoza w moczu | TAK | TAK |
| * amylaza w moczu | NIE | TAK |
| * Wapń w moczu | NIE | TAK |
| **Badanie kału** |  |  |
| * badanie ogólne kału, krew utajona w kale pasożyty/ jaja pasożytów w kale | TAK | TAK |
| **Bakteriologia** |  |  |
| * posiew z gardła | TAK | TAK |
| * posiew kału ogólny | TAK | TAK |
| * posiew z rany | TAK | TAK |
| * posiew z moczu z antybiogramem | TAK | TAK |
| * posiew kału w kierunku Shigella oraz Salmonella | TAK | TAK |
| **Diagnostyka obrazowa** |  |  |
| **Tomografia komputerowa** | NIE | TAK |
| **Badania EKG** |  |  |
| * EKG spoczynkowe | TAK | TAK |
| * EKG (pomiar metodą Holtera) | NIE | TAK |
| * EKG (próba wysiłkowa) | NIE | TAK |
| **Audiometria** | NIE | TAK |
| **EMG** | NIE | TAK |
| **Rentgen** |  |  |
| * RTG czaszki | TAK | TAK |
| * RTG klatki piersiowej | TAK | TAK |
| * RTG kręgosłupa (całego, szyjnego, piersiowego, lędźwiowo-krzyżowego) | TAK | TAK |
| * RTG kończyny górnej | TAK | TAK |
| * RTG kończyny dolnej | TAK | TAK |
| * RTG stopy | TAK | TAK |
| * RTG dłoni | TAK | TAK |
| * RTG palca | TAK | TAK |
| * RTG okolicy czołowej | TAK | TAK |
| * RTG żuchwy | TAK | TAK |
| * RTG szczęki | TAK | TAK |
| * RTG zatok nosa | TAK | TAK |
| * RTG nosa | TAK | TAK |
| * RTG oczodołu | TAK | TAK |
| * RTG okolicy nadoczodołowej | TAK | TAK |
| * RTG okolicy jarzmowo-szczękowej | TAK | TAK |
| * RTG krtani | TAK | TAK |
| * RTG przewodu nosowo-łzowego | TAK | TAK |
| * RTG nosogardzieli | TAK | TAK |
| * RTG gruczołów ślinowych | TAK | TAK |
| * RTG okolicy tarczycy | TAK | TAK |
| * RTG języczka | TAK | TAK |
| * RTG barku | TAK | TAK |
| * RTG łopatki | TAK | TAK |
| * RTG mostka | TAK | TAK |
| * RTG żeber | TAK | TAK |
| * RTG stawów | TAK | TAK |
| * RTG ramienia | TAK | TAK |
| * RTG łokcia | TAK | TAK |
| * RTG przedramienia | TAK | TAK |
| * RTG nadgarstka | TAK | TAK |
| * RTG miednicy | TAK | TAK |
| * RTG biodra | TAK | TAK |
| * RTG uda | TAK | TAK |
| * RTG kolana | TAK | TAK |
| * RTG podudzia | TAK | TAK |
| * RTG kostki | TAK | TAK |
| * RTG przeglądowe jamy brzusznej | TAK | TAK |
| **Ultrasonografia** |  |  |
| * USG przeglądowe jamy brzusznej i przewodu pokarmowego (trzustki, wątroby, dróg żółciowych, żołądka, dwunastnicy) | TAK | TAK |
| * USG piersi | TAK | TAK |
| * USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne | TAK | TAK |
| * USG ciąży | TAK | TAK |
| * USG ginekologiczne transwaginalne | TAK | TAK |
| * USG gruczołu krokowego transrektalne | TAK | TAK |
| * USG scriningowe ginekologiczne | TAK | TAK |
| * USG miednicy małej | TAK | TAK |
| * USG układu moczowego (nerek, moczowodów, pęcherza moczowego) | TAK | TAK |
| * USG tarczycy | TAK | TAK |
| * USG mięśni | TAK | TAK |
| * USG stawów i więzadeł | TAK | TAK |
| * USG ścięgna | TAK | TAK |
| * USG węzłów chłonnych | TAK | TAK |
| * USG krtani | TAK | TAK |
| * USG nadgarstka | TAK | TAK |
| * USG palca | TAK | TAK |
| * USG tkanek miękkich | TAK | TAK |
| * USG dopplerowskie naczyń jamy brzusznej | NIE | TAK |
| * USG dopplerowskie szyi | NIE | TAK |
| * USG dopplerowskie kończyn | NIE | TAK |
| **ECHO** | NIE | TAK |
| **Endoskopia** |  |  |
| * kolonoskopia | NIE | TAK |
| * sigmoidoskopia | NIE | TAK |
| * rektoskopia | NIE | TAK |
| * gastroskopia | NIE | TAK |
| **Prowadzenie ciąży** | TAK | TAK |
| **Cytologia wymazu z szyjki macicy** | TAK | TAK |
| **Mammografia** | NIE | TAK |
| **Densytometria** | NIE | TAK |
| **Spirometria** | NIE | TAK |
| **Testy alergiczne (skórne – panel pokarmowy, wziewny i mieszany)** | NIE | TAK |
| **Przegląd stomatologiczny** | TAK | TAK |
| **Wizyty domowe limitowane** | TAK | TAK |
| **Szczepienia ochronne** |  |  |
| * przeciw grypie sezonowej (1 raz w roku ubezpieczeniowym), | TAK | TAK |
| * podanie antytoksyny p/tężcowej. | NIE | TAK |

**7.1 Zakres ubezpieczenia**

1. Nielimitowany dostęp bez skierowania do konsultacji lekarzy w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) we wskazanych przez Ubezpieczyciela placówkach medycznych.

Konsultacje lekarzy POZ powinny obejmować swoim zakresem: wywiad, badanie, skierowanie na niezbędne badania diagnostyczne i ich interpretację, poradę medyczną oraz czynności konieczne do postawienia diagnozy oraz wyboru sposobu leczenia.

Dostępność (czas oczekiwania na wizytę) - maksymalnie 2 dni robocze:

1. Nielimitowany dostęp do konsultacji lekarzy specjalistów *z czasem oczekiwania na wizytę - maksymalnie 5 dni roboczych* we wskazanych przez Ubezpieczyciela placówkach medycznych.

Konsultacje lekarzy specjalistów powinny obejmować swoim zakresem wywiad, badanie, skierowanie na niezbędne badania diagnostyczne i ich interpretację, poradę medyczną oraz czynności konieczne do postawienia diagnozy oraz wyboru sposobu leczenia. Konsultacje te nie obejmują lekarzy z tytułem profesora, doktora habilitowanego lub docenta.

1. Zabiegi ambulatoryjne – nielimitowane, bezpłatne, podstawowe zabiegi wykonywane w zakresie porady lekarskiej przez lekarza lub pielęgniarkę, w warunkach ambulatoryjnych (włączając nieodpłatne materiały i leki niezbędne do wykonania zabiegu lub badania).
2. Badania diagnostyczne – nielimitowane, bezpłatne diagnostyczne badania laboratoryjne, obrazowe i czynnościowe realizowane zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub specjalistycznej, wykonywane w placówkach wskazanych przez Ubezpieczyciela.
3. Stomatologia – nieodpłatna ocena stanu uzębienia oraz zniżka na zabiegi stomatologii zachowawczej.
4. Wizyty domowe – limitowane, bezpłatne porady lekarskie lekarza internisty, rodzinnego lub pediatry.

Dostępne w przypadku nagłych zachorowań lub pogorszenia stanu zdrowia, uniemożliwiających choremu przybycie do placówki medycznej – usługa realizowana w zakresie terytorialnym określonym przez placówkę.

1. Szczepienia ochronne – szczepienia bezpłatne, obejmujące konsultację lekarską, koszt szczepionki oraz jej iniekcję.