

UA.271.1.16.2013

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „Kompleksowe świadczenie usług ubezpieczeniowych w zakresie grupowego ubezpieczenia na życie pracowników Związku Komunalnego Gmin "CZYSTE MIASTO, CZYSTA GMINA" oraz członków ich rodzin”, prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego ogłoszonego w Biuletynie Zamówień Publicznych – nr ogłoszenia 244141 - 2013 z dnia 18.11.2013r.

Związek Komunalny Gmin „Czyste Miasto, Czysta Gmina” z siedzibą w Kaliszu (Zamawiający) na podstawie art. 38 ust. 2, 4, 6 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 907 ze zm.) udziela następujących wyjaśnień i zmienia treść Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia w następujący sposób:

PYTANIE nr 1.

Część II, szczegółowy opis przedmiotu zamówienia – płatność składki, oraz Część III wzór umowy §9 ust. 6 – Wykonawca udostępniając Zamawiającemu system elektronicznej obsługi polis umożliwi tym samym bieżący podgląd do informacji związanych z stanem „konta” w zakresie wpłaconych składek. Co oznacza, że Zamawiający będzie posiadał za pomocą systemu wiedzę na temat rozbieżności w stosunku do poziomu składki wymaganej a przesłanej. Czy w związku z tym Zamawiający dopuszcza, aby Wykonawca nie był zobowiązany dodatkowo informować o rozbieżnościach w składce skoro taka informacja będzie dostępna w systemie?

Odpowiedź:

W przypadku wystąpienia sytuacji w której wystąpi różnica między składką wymagalną a składką wpłaconą, Zamawiający chciałby otrzymać od Wykonawcy informację na piśmie o wystąpieniu rozbieżności oraz wyznaczenie nowego terminu płatności.

PYTANIE nr 2.

Załącznik nr 1 formularz oferty Wykonawcy, pkt 2, tabela 2.1., kolumna B - Zamawiający wskazuje zapis dotyczący przyjęcia lub braku akceptacji treści klauzuli lub jednostki chorobowej. Prośba o potwierdzenie, że nastąpiła omyłka pisarska w zakresie przyjęcia lub barku akceptacji jednostki chorobowej?

Odpowiedź:

Kolumnie B Tabeli 2.1. Formularza oferty określa rodzaj klauzuli fakultatywnej. Kolumna C określa czy Zamawiający wyraża zgodę na włączenie danej klauzuli do zakresu ubezpieczenia poprzez wpisanie „TAK” lub braku włączenia do zakresu ubezpieczenia danej klauzuli wpisując „NIE”. Określenia „jednostka chorobowa” proszę nie brać pod uwagę, gdyż stanowi ono omyłkę pisarską.

PYTANIE nr 3.

Część III wzór umowy §9 ust. 6 – Zamawiający wskazuje następujący zapis: „nieopłacenie składki w całości lub części w terminie przewidzianym w pkt 5 (...)” Prośba o potwierdzenie, że nastąpiła omyłka pisarska dot. odwołania się do pkt 5. i potwierdzenie, że Zamawiający miał na myśli termin określony w pkt 4?

Odpowiedź:

W §9 ust. 4 umowy Zamawiający wskazuje termin płatności składki jako 15 dzień każdego miesiąca. W §9 ust. 5 Zamawiający wskazuje iż datę płatności uznaje się dzień obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego na podstawie polecenia przelewu, pod warunkiem znajdowania się na nim wystarczającej ilości środków finansowych (a nie dzień wpływu środków na konto Wykonawcy).

PYTANIE nr 4.

Termin na udzielenie wyjaśnień do SIWZ wynosi nie później niż na dwa dni przed terminem złożenia tj. do 24.11.2013. Biorąc pod uwagę że jest to dzień wolny od pracy na przygotowanie oferty pozostaje jedynie jeden dzień – w związku wnosimy o wydłużenie terminu składania ofert.

Odpowiedź:

Zamawiający ustanawia nowy termin składania ofert na 28 listopada 2013 roku do godz. 10.00.

PYTANIE nr 5.

Część II, szczegółowy opis przedmiotu zamówienia – wypłata świadczeń, zapis: „Zamawiający dopuszcza możliwość wypłaty świadczenia bez konieczności przeprowadzenia badania lekarskiego. Wypłata świadczenia następuje na podstawie zgłoszenia roszczenia i dostarczonej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia w formie kserokopii lub kserokopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem (na każdej stronie) przez osobę występującą o wypłatę świadczenia (...)” - prośba o potwierdzenie, że zaoczne orzekanie dokonywane będzie na podstawie kompletnej dokumentacji medycznej?

Odpowiedź:

Orzekanie dokonywane będzie na podstawie kompletnej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia, która dotyczy danego świadczenia.

PYTANIE nr 6.

Część II, szczegółowy opis przedmiotu zamówienia – wypłata świadczeń, zapis: „(...)W przypadku braku akceptacji wysokości orzeczonego w ten sposób świadczenia ubezpieczonemu przysługuje prawo do ponownej weryfikacji medycznej przed komisją lekarską (...) „ – Czy Zamawiający potwierdza, że ponowna weryfikacja dokonywana będzie na uzasadniony wniosek Ubezpieczonego?

Odpowiedź:

Zamawiający nie potwierdza, że ponowna weryfikacja dokonywana będzie na uzasadniony wniosek Ubezpieczonego.

PYTANIE nr 7.

Część II, szczegółowy opis przedmiotu zamówienia – wypłata świadczeń, zapis: „(...) Ponadto w ciągu 5 dni od daty wpływu roszczenia poszkodowany otrzyma pełną informację o dokumentach niezbędnych w procesie likwidacji roszczenia.” – zgodnie z Ustawą z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej Art. 16 ust. 1 po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, zakład ubezpieczeń informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego. W związku z powyższą argumentacją wnioskujemy o zmianę zapisów zgodnie z Ustawą.

Odpowiedź:

Zamawiający wyraża zgodę na proponowany zapis Wykonawcy i wprowadza do SIWZ zapis zgodny z art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity Dz. U. z 2013 r., poz. 950).

PYTANIE nr 8.

Część II, szczegółowy opis przedmiotu zamówienia – wypłata świadczeń, zapis: „(...) W przypadku zgłoszenia roszczeń z innych zdarzeń niż wymienione powyżej wykonawca zobowiązuje się do wypłaty świadczenia w ciągu 20 dni roboczych od daty zgłoszenia roszczenia, a w przypadku braku kompletnej dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia roszczenia, zobowiązuje się do wypłaty świadczenia w terminie 14 dni od dnia wyjaśnienia wszystkich okoliczności niezbędnych do ustalenia jego odpowiedzialności (...)” – Czy zamawiający dopuszcza zapis zgodny z art. 817 K.C tj.: „Wykonawca wykonuje

zobowiązania najpóźniej w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu objętym odpowiedzialnością Wykonawcy. W przypadku, gdy wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Wykonawcy w stosunku do ubezpieczonego albo wysokości zobowiązania okazało się niemożliwe, Wykonawca wykonuje zobowiązania w ciągu 14 dni od dnia w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe?

Odpowiedź:

Zamawiający wyraża zgodę na proponowany zapis Wykonawcy.

PYTANIE nr 9.

W Szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia w części „Przystępowalność do ubezpieczenia” Zamawiający wskazał zapis: „Wykonawca zobowiązuje się do przyjęcia do ubezpieczenia wszystkich pracowników przebywających na zwolnieniach lekarskich, urlopach macierzyńskich, urlopach bezpłatnych, o ile pracownicy ci byli ubezpieczeni w dotychczas funkcjonującej umowie grupowego ubezpieczenia na życie. W stosunku do pracowników dotychczas nie objętych ubezpieczeniem, którzy przebywają na zwolnieniach lekarskich, urlopach macierzyńskich, urlopach bezpłatnych wykonawca zobowiązuje się umożliwić przystąpienie do ubezpieczenia w terminie 30 dni od momentu powrotu do pracy, bez zastosowania okresów karencji.” Czy Zamawiający zaakceptuje, że Wykonawca przyjmie bez karencji do ubezpieczenia wszystkich pracowników na zwolnieniach lekarskich, urlopach macierzyńskich, urlopach bezpłatnych bez względu na to, czy byli wcześniej ubezpieczeni czy nie, o ile przystąpią do ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od zawarcia umowy?

Odpowiedź:

Zamawiający nie wyraża zgody na proponowaną zmianę zapisów

PYTANIE nr 10.

W definicji ciężkich chorób Zamawiający wskazał, że wystąpieniem choroby jest jej zdiagnozowanie. Wykonawca prosi o rozważenie poniższej propozycji przyjęcia różnych definicji wystąpienia w zależności od rodzaju choroby, gdyż nie zawsze diagnoza będzie adekwatną formą wystąpienia dla danego rodzaju zachorowania:

1. **zdiagnozowanie** - w przypadku: choroby Creutzfeldta-Jakoba, choroby Parkinsona, nowotworu złośliwego, oponiaka, sepsy, udaru, utraty wzroku nie spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, zawału serca,
2. **zajście nieszczęśliwego wypadku** – w przypadku: oparzeń oraz utraty wzroku, tężca, wścieklizny i zgorzeli gazowej spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem,

3. **hospitalizacji** - w przypadku: odkleszczowego wirusowego zapalenia mózgu oraz tężca, wścieklizny i zgorzeli gazowej nie spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem,
4. **specjalistycznego leczenia** - w przypadku: anemii aplastycznej - regularnego przyjmowania leków immunosupresyjnych lub przeszczepu szpiku kostnego, niewydolności nerek – stałej dializoterapii lub przeszczepu nerki,
5. **przeprowadzenia operacji** - w przypadku: bąblowca mózgu, chirurgicznego leczenia choroby naczyń wieńcowych – by-pass, masywnego zatoru tętnicy płucnej leczonego operacyjnie, ropnia mózgu, transplantacji organów,
6. **zakażenia** - w przypadku: zakażenia wirusem HIV.

Ponadto przyjęcie jednej definicji wystąpienia choroby – zdiagnozowania – do wszystkich chorób, może powodować pewne nadużycia (np. ubezpieczony zostanie pogryziony przez psa i podejrzewając możliwość wystąpienia wścieklizny przystąpi do ubezpieczenia zanim uda się do lekarza, który zdiagnozuje wściekliznę). Natomiast część ww. definicji wystąpienia choroby będzie korzystniejsza dla ubezpieczonego (np. diagnoza jest wcześniej, niż przeprowadzenie operacji).

Odpowiedź:

Zamawiający wyraża zgodę na wprowadzenie powyższych zapisów.

PYTANIE nr 11.

W Szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia w części „Definicje” Zamawiający wskazał zapisy:

- 1) **„Dzieci pełnoletnie** - dzieci własne, a także przysposobione lub pasierb (jeżeli nie żyje ojciec lub matka), które ukończyły lat 18. Małoletni przez zawarcie małżeństwa uzyskuje pełnoletność.
- 2) **Dzieci ubezpieczonego** – dzieci własne, a także przysposobione lub pasierb (tylko w przypadku kiedy nie żyje ojciec lub matka) w wieku do 18 lat, a w razie pobierania nauki w wieku do 25 lat lub bez względu na wiek w razie całkowitej niezdolności do pracy, z zastrzeżeniem, że jeżeli dziecko ukończy 25 lat w okresie pomiędzy rocznicami polisy, prawo do świadczenia zachowywane jest do zakończenia tego okresu ubezpieczenia.
- 3) **Osierocenie dziecka** – śmierć ubezpieczonego, który nastąpił przed dniem ukończenia przez dziecko ubezpieczonego 18 roku życia, a w razie pobierania nauki w wieku do 25 lat lub bez względu na wiek w razie całkowitej niezdolności do pracy, z zastrzeżeniem, że jeżeli dziecko ukończy 25 lat w

okresie pomiędzy rocznicami polisy, prawo do świadczenia zachowywane jest do zakończenia tego okresu ubezpieczenia.

- 4) Śmierć dziecka** – zgon dziecka ubezpieczonego lub uznanie za zmarłego (zgodnie z zapisami Kodeksu Cywilnego), który nastąpił przed dniem ukończenia przez dziecko ubezpieczonego 25 roku.”

Wykonawca interpretuje powyższe zapisy, iż definicję pełnoletnich dzieci (wskazaną wyżej w pkt 1) stosuje się w odniesieniu do dzieci pracowników Zamawiającego przystępujących do ubezpieczenia, zaś definicja dzieci stosowana w ubezpieczeniach na wypadek osierocenia dziecka i śmierci dziecka znajduje się w definicjach wskazanych wyżej odpowiednio w pkt 3 i 4. W związku z tym Wykonawca prosi o informację, w jakich ubezpieczeniach ma mieć zastosowanie def. wskazana wyżej w pkt 2? Jeżeli zaś ww. interpretacja nie jest prawidłowa, Wykonawca prosi o dodatkowe wyjaśnienia i wskazanie, jaka definicja dziecka ma mieć zastosowanie w poszczególnych ubezpieczeniach albo ewentualne wykreślenie definicji z pkt 2.

Odpowiedź:

Definicja w Pkt. 2 określa co Zamawiający rozumie przez „ Dzieci Ubezpieczonego”. Wszędzie gdzie w treści SIWZ jest mowa o „Dzieciach Ubezpieczonego” ma zastosowanie treść definicji w pkt 2, **„Dzieci ubezpieczonego – dzieci własne, a także przysposobione lub pasierb (tylko w przypadku kiedy nie żyje ojciec lub matka) w wieku do 18 lat, a w razie pobierania nauki w wieku do 25 lat lub bez względu na wiek w razie całkowitej niezdolności do pracy, z zastrzeżeniem, że jeżeli dziecko ukończy 25 lat w okresie pomiędzy rocznicami polisy, prawo do świadczenia zachowywane jest do zakończenia tego okresu ubezpieczenia”.**

PYTANIE nr 12.

W Szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia w części „Definicje” Zamawiający wskazał zapisy:

„Śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku – śmierć ubezpieczonego będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku, jeśli nastąpiła w okresie odpowiedzialności.

Śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku przy pracy - śmierć ubezpieczonego będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku przy pracy, jeśli nastąpiła w okresie odpowiedzialności.

Śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego - śmierć ubezpieczonego będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, jeśli nastąpiła w okresie odpowiedzialności.

Śmierć w wyniku zawału serca, krwotoku śródmózgowego/wylewu krwi do mózgu lub udaru mózgu – śmierć ubezpieczonego w wyniku zawału serca, krwotoku śródmózgowego, wylewu krwi do mózgu lub udaru mózgu, jeżeli nastąpiła w okresie odpowiedzialności.”

Czy Zamawiający zaakceptuje, iż nieszczęśliwy wypadek, wypadek komunikacyjny, wypadek w pracy oraz zawał serca/wylew/udar powodujący śmierć również będzie miał miejsce w okresie odpowiedzialności Wykonawcy?

Odpowiedź:

Zamawiający nie akceptuje proponowanego zapisu przez Wykonawcę.

PYTANIE nr 13

W Szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia w części „Definicje” Zamawiający wskazał zapisy:

„Śmierć w wyniku zawału serca, krwotoku śródmózgowego/wylewu krwi do mózgu lub udaru mózgu – śmierć ubezpieczonego w wyniku zawału serca, krwotoku śródmózgowego, wylewu krwi do mózgu lub udaru mózgu, jeżeli nastąpiła w okresie odpowiedzialności.

Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku zawału serca, krwotoku śródmózgowego/wylewu krwi do mózgu, udaru mózgu– trwałe, nie rokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji, powstałe w wyniku zawału serca, krwotoku śródmózgowego/wylewu krwi do mózgu lub udaru mózgu zaistniałego w okresie odpowiedzialności wykonawcy. Świadczenie zostanie wypłacone niezależnie od tego czy przyczyny zawału serca, krwotoku śródmózgowego/wylewu krwi do mózgu lub udaru mózgu były zdiagnozowane lub leczone przed objęciem ubezpieczonego ochroną z tego tytułu.”

oraz w tabeli z wysokościami świadczeń:

„pobyt w szpitalu spowodowany zawałem serca, krwotokiem śródmózgowym/wylewem krwi do mózgu lub udarem mózgu”

Czy zastosowanie spójnika „lub” w powyższych zapisach pomiędzy krwotokiem śródmózgowym/wylewem krwi do mózgu a udarem mózgu oznacza, że zakresem ubezpieczenia będzie objęty zgon, leczenie szpitalne oraz trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca, krwotokiem śródmózgowym/wylewem krwi do mózgu albo zgon, leczenie szpitalne oraz trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca, udarem mózgu w zależności od tego, co dany Wykonawca zaproponuje w swojej ofercie?

Odpowiedź:

Świadczenia związane ze śmiercią oraz trwałym uszczerbkiem na zdrowiu dotyczą zarówno: zawału serca, krwotoku śródmózgowego/wylewu krwi do mózgu jak i udaru mózgu.

PYTANIE nr 14

Wykonawca prosi o dodanie do Klauzuli końca odpowiedzialności następujących przesłanek:

– odpowiedzialność wygasa w rocznicę polisy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym ubezpieczony ukończył 70 rok życia (skoro Zamawiający w Szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia w części „Przystępowalność do ubezpieczenia” wskazuje, iż do ubezpieczenia mogą przystąpić osoby, które nie ukończyły 69 roku życia)

- odpowiedzialność wygasa po upływie jednego miesiąca licząc od końca okresu, za który została opłacona ostatnia składka w przypadku nieprzekazania składki w dodatkowym terminie 15 dniowym na uregulowanie zaległości, wskazanym przez Wykonawcę w wezwaniu do zapłaty (jest to skutek nieprzekazania składki, o którym mowa w Szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia w części „Płatność składki”)

Jeżeli zaś Zamawiający nie zgadza się na powyższe przesłanki, Wykonawca prosi, aby Zamawiający określił, kiedy ma się kończyć odpowiedzialność w przypadku osiągnięcia przez ubezpieczonych określonego wieku oraz w przypadku zaległości składki w sytuacji nieprzekazania jej w terminie wskazanym w wezwaniu do zapłaty.

Odpowiedź:

Zamawiający nie wyraża zgody na wprowadzenie do treści klauzuli końca odpowiedzialności przesłanki w której odpowiedzialność wygasa w rocznicę polisy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym ubezpieczony ukończył 70 rok życia.

Zamawiający wyraża zgodę na wprowadzenie do treści klauzuli końca odpowiedzialności przesłanki w której odpowiedzialność wygasa po upływie jednego miesiąca licząc od końca okresu, za który została opłacona ostatnia składka w przypadku nieprzekazania składki w dodatkowym terminie 15 - dniowym na uregulowanie zaległości, wskazanym przez Wykonawcę w wezwaniu do zapłaty (jest to skutek nieprzekazania składki, o którym mowa w Szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia w części „Płatność składki”).

PYTANIE nr 15.

Zamawiający wskazał klauzulę dodatkową:

„Klauzula nr 2 urodzenia dziecka z Apgar w przedziale punktowym

W przypadku urodzenia się dziecka ubezpieczonemu, którego stan został określony w przedziale **0-6** punktów w skali Apgar wykonawca zobowiązuje się do wypłaty jednorazowego świadczenia w wysokości 1 500 zł. Świadczenie zostanie wypłacone w

przypadku urodzenia się dziecka w okresie ubezpieczenia. **Za włączenie klauzuli wykonawca otrzyma 5 pkt.**”

W związku z tym, że po narodzinach dziecka często wykonuje się kilka pomiarów wg skali Apgar, Wykonawca prosi o informację, czy pod uwagę należy brać pierwszy czy ostatni pomiar.

Odpowiedź:

Pod uwagę należy brać pierwszy pomiar.

PYTANIE nr 16.

Zamawiający wskazał klauzulę dodatkową:

„Klauzula nr 5 rozszerzenia zakresu z tytułu pobytu w szpitalu

Wykonawca wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w związku z urodzeniem dziecka, przeprowadzeniem badań diagnostycznych lub przeprowadzeniem zabiegu. Ubezpieczony otrzyma świadczenie w wysokości odpowiadające pobytowi w szpitalu w związku z chorobą.”

Czy w ramach tej klauzuli obowiązuje warunek określony w części obligatoryjnej, iż pobyt w szpitalu musi trwać co najmniej 4 dni oraz że maksymalny okres pobytu wynosi 90 dni (ew. 180 w przypadku akceptacji klauzuli nr 4) w ciągu 12 m-cy pomiędzy rocznicami polisy? Ponadto prosimy o informację, o jakie zabiegi ma być rozszerzona odpowiedzialność Wykonawcy.

Odpowiedź:

W ramach tej klauzuli obowiązuje warunek określony w części obligatoryjnej, iż pobyt w szpitalu musi trwać co najmniej 4 dni oraz że maksymalny okres pobytu wynosi 90 dni (ew. 180 w przypadku akceptacji klauzuli nr 4) w ciągu 12 m-cy pomiędzy rocznicami polisy.

PYTANIE nr 17.

Czy wysokości świadczeń podane w tabeli w części „VI. Świadczenia” są wartościami skumulowanymi, tzn. czy podane kwoty są ostatecznymi kwotami do wypłaty z tytułu danego zdarzenia?

Odpowiedź:

Tak są wartościami skumulowanymi.

PYTANIE nr 18.

W Szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia w części „Definicje” Zamawiający wskazał definicję rekonwalescencji. Natomiast w tabeli ze świadczeniami pojawia się zapis: „świadczenie za rekonwalescencją/rehabilitację”. Wykonawca prosi o wyjaśnienia, czy wskazanie rehabilitacji nie jest omyłką pisarską w związku z tym, że w Szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia nie ma definicji rehabilitacji (a nie są to pojęcia tożsame).

Odpowiedź:

Pojęcie rehabilitacji użyte w tabeli świadczeń jest omyłką pisarską. W tabeli świadczeń w powinna być użyta nazwa „rekonwalescencja” zgodnie z przytoczona treścią definicji w Szczegółowym Opisie Przedmiotu Zamówienia. W związku z powyższym Zamawiający skreśla w tabeli świadczeń wyraz „rehabilitację”.

PYTANIE nr 19.

W Szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia w części „Definicje” Zamawiający wskazał definicję operacji chirurgicznych:

„Liczba kategorii/klas, według których operacje zostaną podzielone i w zależności od których Wykonawca będzie wypłacał świadczenie nie może być mniejsza niż 3 (najcięższe, pośrednie, najłżejsze), gdzie za operacje najcięższe (najbardziej skomplikowane pod względem medycznym) wypłata świadczenia będzie najwyższa i nie mniejsza niż 50% sumy ubezpieczenia. Za operacje najłżejsze (najmniej skomplikowane pod względem medycznym) wypłata świadczenia będzie wynosić nie mniej niż 10% sumy ubezpieczenia. Za operacje pośrednie wypłata świadczenia nie może być mniejsza niż 30 % sumy ubezpieczenia.”

Natomiast w tabeli ze świadczeniami w kolumnie „Wysokość świadczenia [PLN]” pojawia się kwota 5 000. Czy Wykonawca ma rozumieć, że jest to suma ubezpieczenia, od której będzie wyliczana wysokość świadczenia zgodnie z wartościami % wskazanymi w definicji operacji chirurgicznych?

Odpowiedź:

Wysokość świadczenia w wysokości 5000,00 PLN za operacje chirurgiczne jest wartością wyjściową do dalszego wyliczenia wysokości świadczenia zgodnie z wartościami procentowymi wskazanymi w definicji operacji chirurgicznych.

PYTANIE nr 20.

Czy Zamawiający dopuszcza, aby ochrona ubezpieczeniowa w zakresie operacji dotyczyła zabiegów, które miały miejsce w przypadku gdy choroba została stwierdzona lub nieszczęśliwy wypadek zaistniał po dniu zawarcia umowy?

Odpowiedź:

Zamawiający nie dopuszcza wprowadzenia do zakresu ubezpieczenia powyższego zapisu.

PYTANIE nr 21.

Czy Zamawiający dopuszcza, aby ochroną ubezpieczeniową objęte były operacje, które były następstwem choroby lub wypadku zaistniałych po raz pierwszy po rozpoczęciu odpowiedzialności?

Odpowiedź:

Zamawiający nie dopuszcza wprowadzenia do zakresu ubezpieczenia powyższego zapisu.

PYTANIE nr 22.

Czy Zamawiający zgadza się, żeby wypłata za operację chirurgiczną była uzależniona od okresu hospitalizacji osoby ubezpieczonej, np. wypłata nastąpi tylko w przypadku, gdy osoba przebywała w szpitalu nieprzerwanie 20/30 dni?

Odpowiedź:

Zamawiający nie dopuszcza wprowadzenia do zakresu ubezpieczenia powyższego zapisu.

PYTANIE nr 23.

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

Odpowiedź:

Zamawiający nie dopuszcza wprowadzenia do zakresu ubezpieczenia powyższego zapisu.

PYTANIE nr 24.

Czy Zamawiający dopuszcza dodatkowe ograniczenia w wypłacie świadczeń – np.

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

Odpowiedź:

Zamawiający nie dopuszcza wprowadzenia do zakresu ubezpieczenia dodatkowych ograniczeń.

PYTANIE nr 25

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

Odpowiedź:

Zamawiający nie dopuszcza wprowadzenia do zakresu ubezpieczenia dodatkowych ograniczeń.

PYTANIE nr 26.

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

Odpowiedź:

Zamawiający nie dopuszcza wprowadzenia do zakresu ubezpieczenia dodatkowych ograniczeń.

PYTANIE nr 27.

Część III, Wzór Umowy §7 ust. 1 - Czy poprzez zapisy „(...)Wykonawca wystawi umowy ubezpieczenia (...)” Zamawiający ma na myśli polisę ubezpieczeniową, wystawianą dla Ubezpieczającego?

Odpowiedź:

Wykonawca wystawi umowę ubezpieczenia rozumianą jako polisę ubezpieczeniową wystawioną dla Ubezpieczającego. W związku z tym Zamawiający zmienia treść § 7 wzoru umowy – III części SIWZ przez nadanie mu następującego brzmienia:

„§ 7

UMOWA UBEZPIECZENIA

1. Na potwierdzenie zawarcia ubezpieczenia Wykonawca wystawi umowę ubezpieczenia na cały okres realizacji umowy ubezpieczenia, tj. od do dnia Ubezpieczającym będzie podmiot wymieniony w pkt. 1. IDW – I części SIWZ, a ubezpieczonymi: pracownicy zatrudnieni w tym podmiocie, współmałżonkowie pracowników, dzieci pełnoletnie pracowników. Umowa ubezpieczenia, potwierdzająca zawarcie ubezpieczenia będzie wystawiona na wniosek Zamawiającego lub brokera w ciągu 7 dni od wpłynięcia wniosku. Wykonawca natomiast potwierdzi udzielenie ochrony ubezpieczeniowej od pierwszego dnia miesiąca po miesiącu wpłynięcia deklaracji przystąpienia poszczególnych ubezpieczonych. Brak wystawienia umowy ubezpieczenia nie będzie podstawą do odmowy przyjęcia zgłoszenia roszczenia lub odmowy/wstrzymania wypłaty świadczenia.
2. Potwierdzeniem wystawienia umowy ubezpieczenia będzie przesłanie jej faksem lub skanu – mailem Zamawiającemu lub brokerowi. Potwierdzać ona musi warunki określone w ofercie i winna być podpisana przez upoważnionego pracownika Wykonawcy. Umowa ubezpieczenia winna być (po uprzedniej akceptacji brokera) niezwłocznie dostarczona brokerowi lub Ubezpieczającemu za pośrednictwem poczty listem poleconym, kurierem lub osobiście.
3. Wykonawca zobowiązany jest do wystawienia każdemu ubezpieczonemu dokumentu/certyfikatu potwierdzającego zawarcie ubezpieczenia. Dokumenty/certyfikaty winny być wystawione do ostatniego dnia miesiąca, w którym ubezpieczony został objęty ochroną ubezpieczeniową. Dokumenty/certyfikaty winny być niezwłocznie dostarczone brokerowi lub ubezpieczającemu za pośrednictwem poczty listem poleconym, kurierem lub osobiście.”

Punkt 13.1 i 13.2 Instrukcji dla Wykonawców – I części SIWZ otrzymuje brzmienie:

„13. Miejsce, termin i sposób złożenia oferty.

1. Ofertę należy złożyć w Zakładzie Unieszkodliwiania Odpadów Komunalnych „Orli Staw” - sekretariat, Orli Staw 2, 62 - 834 Ceków w nieprzekraczalnym terminie:

do dnia	28 listopada 2013 roku	do godz.	10.00
----------------	-------------------------------	-----------------	--------------

2. Ofertę należy złożyć w nieprzezroczystej, zabezpieczonej przed otwarciem kopercie (paczce). Kopertę (paczkę) należy opisać następująco:

Związek Komunalny Gmin „Czyste Miasto, Czysta Gmina”

Oferta w postępowaniu pn. „Kompleksowe świadczenie usług ubezpieczeniowych w zakresie grupowego ubezpieczenia na życie pracowników Związku Komunalnego Gmin „Czyste Miasto, Czysta Gmina” oraz członków ich rodzin”

Nie otwierać przed dniem: 28 listopada 2013 r. godz. 10.05”

Punkt 15.1 Instrukcji dla Wykonawców – I części SIWZ otrzymuje brzmienie:

„15. Miejsce i termin otwarcia ofert.

1. Otwarcie ofert nastąpi w Zakładzie Unieszkodliwiania Odpadów Komunalnych „Orli Staw” – sala konferencyjna, Orli Staw 2, 62 - 834 Ceków

w dniu	28 listopada 2013 roku	o godz.	10.05
---------------	-----------------------------------	----------------	--------------

”

W § 11 ust. 1 litera b) wzoru umowy – III części SIWZ otrzymuje brzmienie:

„b) Wykonawca wyznacza do kontaktów z Zamawiającym, Ubezpieczonymi i brokerem:

- 1)tel.....fax.....mail.....
2)tel.....fax.....mail.....

Osoba/osoby wskazane przez Wykonawcę odpowiedzialne będą za koordynację działań i udzielanie wyjaśnień związanych z realizacją umowy.”

Powyższe odpowiedzi – w części w jakiej modyfikują dotychczasowe postanowienia SIWZ - stają się integralną częścią SIWZ.

Pozostałe zapisy przedmiotowej SIWZ pozostają bez zmian.

Z poważaniem
P R Z E W O D N I C Z Ą C Y
Zarządu Związku Komunalnego Gmin
„Czyste Miasto, Czysta Gmina”
/-/
Daniel Tylak