

## **GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE DLA PRACOWNIKÓW MBP TYCHY ICH WSPÓŁMAŁŻONKÓW I PEŁNOLETNICH DZIECI**

1. Przedmiotem jest usługa grupowego ubezpieczenia na życie pracowników MBP Tychy ich współmałżonków i pełnoletnich dzieci przez okres 12 miesięcy (od 01.07.2014 do 30.06.2015r).
2. Zaproponowana w ofercie składka miesięczna od osoby w trzech wariantach ubezpieczenia będzie obowiązywać przez cały okres trwania umowy tj. przez 12 miesięcy.
3. Zamawiający nie gwarantuje, że wszyscy Pracownicy przystąpią do ubezpieczenia.
4. Przedmiot zamówienia obejmuje świadczenie grupowego ubezpieczenia na życie dla pracowników MBP Tychy, którzy przystąpią do grupowego ubezpieczenia na życie na podstawie deklaracji przystąpienia, a także ich współmałżonków i pełnoletnich dzieci.
5. Prawo przystąpienia do ubezpieczenia posiadają pracownicy MBP Tychy, a także ich współmałżonkowie i pełnoletnie dzieci.
6. Ubezpieczony ma prawo wyboru wariantu ubezpieczenia, niezależnie od wariantu ubezpieczenia wybranego przez ubezpieczonego pracownika.
7. Płatnikiem składki jest osoba zatrudniona w MBP Tychy. Składka za ubezpieczenie współmałżonków i pełnoletnie dzieci pracownika będzie potrącana z wynagrodzenia pracownika MBP Tychy.
8. Zmiana liczby ubezpieczonych nie będzie miała wpływu na składkę miesięczną za jednego ubezpieczonego, na warunki i zakres ubezpieczenia wynikające z umowy ubezpieczenia.
9. Złożenie deklaracji uczestnictwa przez ubezpieczonego i opłacenie składki jest jednoznaczne z objęciem go ochroną ubezpieczeniową w pełnym zakresie.
10. Ubezpieczający zapewni, że nie będzie stosował żadnych wyłączeń ochrony ubezpieczeniowej z tytułu karencji dla osób obecnie ubezpieczonych oraz nowo zgłoszonych.
11. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie zrezygnować z ubezpieczenia, poprzez złożenie u pracodawcy pisemnego oświadczenia o rezygnacji. Koniec ochrony ubezpieczeniowej następuje z upływem ostatniego dnia miesiąca, za jaki przekazano składkę.
12. Ubezpieczający nie będzie stosował w stosunku do ubezpieczonych żadnych badań medycznych ani ankiet medycznych (dotyczy to również współubezpieczonych małżonków i dorosłych dzieci przystępujących do ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia).
13. Zamawiający nie dopuszcza pomniejszania kwoty wypłaty świadczenia z tytułu zgonu osoby ubezpieczonej o ile wcześniej zostało wypłacone świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu osoby ubezpieczonej.
14. Zamawiający nie dopuszcza pomniejszenia wypłaty świadczenia z tytułu operacji chirurgicznych w przypadku, gdy operacja była wykonana metodą endoskopową.
15. Świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu / trwałej utraty zdrowia, będą wypłacone, bez stosowania żadnych ograniczeń, już od 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu / trwałej utraty zdrowia osoby ubezpieczonej w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

16. Zamawiający nie dopuszcza ograniczeń, które przewidują brak ochrony z tytułu poszczególnych ryzyk po osiągnięciu przez ubezpieczonego określonego wieku.
17. Ubezpieczający gwarantuje ubezpieczonym prawo do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia po ustaniu stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym
18. Każdy z ubezpieczonych, po odejściu z pracy, przejściu na emeryturę, ma prawo w terminie do 3 miesięcy od ustania stosunku pracy, skorzystać z indywidualnej formy ubezpieczenia tj. indywidualnej kontynuacji, bez stosowania jakichkolwiek wyłączeń ochrony ubezpieczeniowej, karencji, a także stosowania badań czy ankiet medycznych.
19. Likwidacja szkód nastąpi w okresie nie dłuższym niż 30 dni od daty zgłoszenia szkody. W przypadku, gdy wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczającego w stosunku do Ubezpieczonego albo wysokości zobowiązania okazało się niemożliwe, Ubezpieczający wykonuje zobowiązania w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
20. W przypadku rozbieżności pomiędzy tymi zapisami i zapisami umowy ubezpieczenia, pierwszeństwo mają zapisy korzystniejsze dla Ubezpieczonego.
21. Wybrany Ubezpieczający na własny koszt zorganizuje realizację wszelkich procedur niezbędnych do zawarcia i obsługi ubezpieczenia.
22. Ubezpieczający zaferuje pakiet świadczeń dodatkowych (medycznych) w postaci karty usług medycznych (zgodnie z załącznikiem) w ramach usługi dodatkowej.