Załącznik nr 1

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**WARUNKI MINIMALNE, JAKIE MUSZĄ SPEŁNIAĆ OFERTY**

Na potrzeby niniejszego dokumentu przez ubezpieczającego rozumieć się będzie zamawiającego, natomiast przez ubezpieczyciela – wykonawcę.

**Część I**

1. **Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą za szkody będące następstwem udzielenia świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielenia świadczeń zdrowotnych**
2. **Przedmiot i zakres ubezpieczenia**

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2011 r., Nr 293, poz. 1729).

1. **Suma gwarancyjna**

Równowartość w złotych kwoty 100.000 EURO na jedno zdarzenie i 500.000 EURO na wszystkie zdarzenia objęte zakresem ubezpieczenia.

1. **Obowiązek informacyjny**

Wykonawca niezwłocznie powiadomi Zamawiającego o każdym roszczeniu z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, które wpłynie bezpośrednio do Wykonawcy na podstawie art. 822 § 2 k.c. (actio directa) oraz o każdym odszkodowaniu i/lub zadośćuczynieniu wypłaconym w związku   
z roszczeniem z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

**B. Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotów leczniczych**

1. **Przedmiot ubezpieczenia**

Przedmiotem dobrowolnego ubezpieczenia jest odpowiedzialność cywilna ubezpieczonego za szkody wyrządzone osobie trzeciej w następstwie udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego   
z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego działalności leczniczej, w tym podczas praktyk studenckich i staży, a także posiadania mienia służącego do wykonywania tej działalności. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej   
z tytułu odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przez ubezpieczonego w zakresie:

1. nie objętym obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego za szkody będące następstwem udzielenia świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielenia świadczeń zdrowotnych,
2. objętym obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego   
   za szkody będące następstwem udzielenia świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego   
   z prawem zaniechania udzielenia świadczeń zdrowotnych, jednak wyłącznie w zakresie szkód, które nie mogą być zaspokojone z tytułu tego obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z powodu wyczerpania sumy gwarancyjnej (ubezpieczenie nadwyżkowe).

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje ustawową odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego (odpowiedzialność cywilna deliktowa), jak również szkody powstałe w wyniku niewykonania   
lub nienależytego wykonania zobowiązania (odpowiedzialność cywilna kontraktowa).

1. **Suma gwarancyjna**

4.500.000 PLN na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia.

1. **Franszyza integralna**

Brak.

1. **Franszyza redukcyjna/udział własny**

1.000 PLN – szkody rzeczowe.

Brak – szkody osobowe, mienie pracownicze, mienie pacjentów.

1. **Zakres terytorialny**

Teren RP.

1. **Trigger**

Act committed.

1. **Dodatkowe rozszerzenia**

Ochronę ubezpieczeniową rozszerza się o:

1. szkody wyrządzone na skutek nieumyślności i/lub rażącego niedbalstwa,
2. szkody wynikłe z przeniesienia chorób (w tym chorób zakaźnych) i zakażeń (w tym HIV i WZW) oraz zatruć pokarmowych – limit 2.500.000 PLN na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia,
3. szkody powstałe wskutek oddziaływania energii jądrowej, promieni laserowych, maserowych, promieniowania jonizującego, pola magnetycznego lub elektromagnetycznego lub skażenia radioaktywnego, jeśli oddziaływanie powstało w następstwie udzielania świadczeń zdrowotnych niezgodnie z obowiązującymi w tym zakresie normami,
4. szkody wyrządzone osobom, ze które ubezpieczający ponosi odpowiedzialność i ich bliskim   
   w sytuacji, gdy staną się pacjentami ubezpieczającego,
5. szkody wyrządzone osobom trzecim w związku z prowadzoną apteką,
6. szkody wynikające z naruszenia praw pacjenta lub niedochowania tajemnicy lekarskiej,
7. szkody wyrządzone przez podwykonawców i dalszych podwykonawców,
8. szkody wyrządzone w związku z zastosowaniem eksperymentalnych metod leczenia lub rehabilitacji, w tym badań klinicznych.

**Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności o szkody powstałe w związku z prowadzoną działalnością apteki szpitalnej lub zakładowej.** Zakresem ubezpieczenia objęta jest również odpowiedzialność ubezpieczonego za szkody wyrządzone osobom trzecim w związku z prowadzoną przez ubezpieczonego apteką szpitalną lub zakładową.

Ubezpieczyciel nie odpowiada za szkody:

- powstałe wskutek wprowadzenia do obrotu leków niedopuszczonych do stosowania na terytorium RP,

- powstałe w następstwie naruszenia przepisów o zabezpieczeniu leków silnie działających, środków psychotropowych, narkotyków,

- powstałe wskutek sprzedaży lub wydania leku, na który wymagana jest recepta oraz bez recepty - wynikłe z przekroczenia umówionego terminu wykonania produktu leczniczego,

- spowodowane przez produkty wprowadzone do obrotu przez aptekę przed okresem ubezpieczenia,

- powstałe w wyniku używania produktu niezgodnie z jego przeznaczeniem lub załączona ulotką   
lub innym dokumentem opisującym właściwości produktu oraz sposób jego wykorzystania,

- wyrządzone wskutek zastosowania surowców farmaceutycznych niedopuszczonych do wytworzenia leków aptecznych i recepturowych lub przez produkt nie posiadający ważnego atestu (certyfikatu, zezwolenia) dopuszczającego do obrotu, o ile atest (certyfikat, zezwolenie) jest wymagane   
przez obowiązujące przepisy, jeżeli ich stan lub właściwości tych produktów, wyrobów lub aparatury miał wpływ na powstanie szkody,

- polegające na uszkodzeniu bądź zniszczeniu produktu leczniczego, wyrobu medycznego, wyrobu kosmetycznego i toaletowego oraz z tytułu korzyści jakie poszkodowany mógłby osiągnąć w związku   
z jego używaniem,

- wynikłe z wprowadzającej w błąd reklamy lub braku reklamowanych właściwości,

- spowodowane wycofaniem z rynku wadliwej partii produktu leczniczego,

- powstałe wskutek powolnego działania temperatury, gazów, oparów, wilgoci, dymu, sadzy, ścieków, zagrzybienia, wibracji oraz działania hałasu.

**Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności o szkody powstałe w związku z działalnością podmiotu leczniczego jako ośrodka badawczego w procesie badania klinicznego**

1. Z zachowaniem pozostałych nie zmienionych niniejszą klauzulą postanowień OWU, strony postanowiły rozszerzyć zakres ubezpieczenia o odpowiedzialność cywilną ubezpieczonego   
   za szkody powstałe w związku z działalnością podmiotu leczniczego jako ośrodka badawczego w procesie badania klinicznego.
2. Za uczestnika badania w rozumieniu niniejszej klauzuli uważa się osobę, która bierze udział   
   w badaniu klinicznym, przyjmując badany produkt leczniczy lub znajdując się w grupie kontrolnej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa istnieje pod warunkiem uzyskania pozytywnej opinii komisji bioetycznej właściwej dla koordynatora badania klinicznego oraz otrzymaniu zgody Ministra Zdrowia jeszcze przed rozpoczęciem badania. Brak któregokolwiek z powyższych dokumentów, a także brak uzyskania wpisu badania przed jego rozpoczęciem do Centralnej Ewidencji Badań Klinicznych (CEBK) skutkuje, jako ważny powód, rozwiązaniem umowy   
   ze skutkiem natychmiastowym.
4. Ubezpieczyciel w zakresie wskazanym w niniejszej klauzuli, nie ponosi odpowiedzialności   
   za szkody, za które jego odpowiedzialność jest wyłączona na mocy pozostałych postanowień OWU oraz dodatkowo za szkody:
5. objęte obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej badacza i sponsora; rozszerzenie zakresu ubezpieczenia niniejszą klauzulą nie stanowi również ubezpieczenia nadwyżkowego nad obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej badacza i sponsora
6. podlegające zaspokojeniu z innej, zawartej umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, także w sytuacji, gdy szkoda objęta jest zakresem ubezpieczenia w innej umowie, jednak nie może być pokryta z uwagi na wyczerpanie sumy gwarancyjnej, lub uprawniony nie zgłosił stosownego roszczenia z takiej umowy ubezpieczenia;
7. powstałe w wyniku wadliwego uzyskania świadomej zgody uczestnika badania, w tym również uzyskania świadomej zgody niezgodnie z przepisami ustawy
8. **Obowiązek informacyjny**

Ubezpieczyciel niezwłocznie powiadomi ubezpieczającego o każdym roszczeniu z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, które wpłynie bezpośrednio do ubezpieczyciela na podstawie art. 822 § 2 k.c. (actio directa) oraz o każdym odszkodowaniu i/lub zadośćuczynieniu wypłaconym w związku z roszczeniem z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

1. **Definicje**

**Szkoda osobowa** – szkoda powstała na skutek śmierci, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, w tym także utracone korzyści poszkodowanego, które mógłby osiągnąć, gdyby nie doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia oraz straty będące w normalnym związku przyczynowym z powołanymi zdarzeniami. W razie wątpliwości uważa się, że szkoda osobowa powstała w chwili, gdy poszkodowany po raz pierwszy skontaktował się z lekarzem w związku z objawami, które były przyczyną roszczenia wobec ubezpieczonego, także wtedy, gdy związek przyczynowy został stwierdzony później.

**Szkoda rzeczowa** – szkoda powstała na skutek utraty, zniszczenia lub uszkodzenia rzeczy ruchomej lub nieruchomości, w tym także utracone korzyści poszkodowanego, które mógłby osiągnąć, gdyby nie nastąpiła utrata, zniszczenie lub uszkodzenie rzeczy oraz straty będące w normalnym związku przyczynowym z powołanymi zdarzeniami.

**Pracownik** – osoba wykonująca pracę na rzecz pracodawcy niezależnie od podstawy zatrudnienia, m.in. osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej (o ile opłacana jest przez ubezpieczającego składka na ubezpieczenia społeczne), osoba zatrudniona na podstawie kontraktu menadżerskiego, uczeń, student, praktykant, skierowani na praktyki przez szkołę lub uczelnię, stażysta, wolontariusz, członek zarządu (zatrudniony na podstawie innej umowy niż umowa o pracę), pracownik tymczasowy.

1. **Klauzule dodatkowe**

**(7) Klauzula korespondencji elektronicznej** – zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony umowy ubezpieczenia mogą być dostarczane drugiej stronie drogą elektroniczną (certyfikowany podpis elektroniczny nie jest wymagany), faksu lub telefonu.

**(11) Klauzula stempla bankowego** – jeżeli zapłata raty składki lub składki dokonywana jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego, za dzień zapłaty uważa się dzień zlecenia zapłaty   
w banku, urzędzie pocztowym lub systemie elektronicznym.

**(12) Klauzula zgłaszania wypadku ubezpieczeniowego** – zawiadomienie ubezpieczyciela o wypadku ubezpieczeniowym winno nastąpić niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 14 dni od daty jego zajścia lub uzyskania o nim wiadomości, chyba że ogólne warunki ubezpieczenia przewidują dłuższy termin. Zapisane w ogólnych warunkach skutki niezawiadomienia ubezpieczyciela o wypadku ubezpieczeniowym w odpowiednim terminie mają zastosowanie tylko i wyłącznie w sytuacji, kiedy niezawiadomienie w terminie miało wpływ na ustalenie odpowiedzialności ubezpieczyciela i rozmiar szkody. W przypadku, gdy koniec terminu przypada w sobotę lub dzień ustawowo wolny od pracy, termin przedłuża się do pierwszego dnia roboczego po tym dniu. Przy obliczaniu terminu   
do zawiadomienia nie uwzględnia się dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego lub uzyskania o nim wiadomości.

**(14) Klauzula reprezentantów** – ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności za szkody powstałe na skutek winy umyślnej reprezentantów ubezpieczającego, jeżeli szkoda została wyrządzona   
w związku z pełnieniem funkcji reprezentanta. Za reprezentantów uznaje się osoby lub organ wieloosobowy (zarząd), który uprawniony jest zgodnie z obowiązującymi przepisami lub statutem do zarządzania ubezpieczonym podmiotem, z wyłączeniem prokurentów ustanowionych przez ten podmiot. Niezależnie od powyższych zapisów ochrona obejmuje szkody spowodowane przez wszelkich przedstawicieli ubezpieczającego na skutek rażącego niedbalstwa (dotyczy również reprezentantów).

**(18) Klauzula płatności rat** – w przypadku wypłaty odszkodowania ubezpieczyciel nie jest uprawniony do potrącenia z kwoty odszkodowania rat jeszcze nie wymagalnych lub też żądania zapłaty pozostałych do końca trwania okresu ubezpieczenia składek. Klauzula nie ma zastosowania w przypadku szkód całkowitych, wyczerpujących sumę ubezpieczenia.

**(30) Klauzula prawa do regresu** – na ubezpieczyciela przechodzi prawo regresu w stosunku do osoby trzeciej lub osoby, za którą odpowiedzialność ponosi ubezpieczający tylko za zgodą ubezpieczającego. Ubezpieczający udzieli takiej zgody zawsze, gdy szkoda była spowodowana umyślnie. Dotyczy także szkód spowodowanych w trakcie wykonywania obowiązków służbowych przez pracowników ubezpieczającego. Jeżeli ubezpieczający zrzekł się roszczenia przeciwko sprawcy szkody, którym jest ubezpieczony, ubezpieczyciel uzna ten fakt i nie będzie dochodził od niego regresu. Zrzeczenie to nie wpłynie również na zakres i wysokość odszkodowania przysługującego ubezpieczającemu.

**(37) Klauzula pierwszeństwa warunków ubezpieczenia w stosunku do klauzul dodatkowych** – jeżeli warunki ubezpieczenia przewidują zapisy korzystniejsze dla ubezpieczającego niż klauzule dodatkowe, pierwszeństwo mają warunki ubezpieczenia.

**(40) Klauzula warunków i stawek** – w przypadku doubezpieczenia, uzupełnienia lub podwyższenia sumy ubezpieczenia/gwarancyjnej lub limitu w okresie ubezpieczenia zastosowanie mieć będą warunki umowy ubezpieczenia oraz stawki obowiązujące w umowie ubezpieczenia w dniu dokonywania zmiany, chyba że zastosowane pierwotnie warunki lub stawki są korzystniejsze dla ubezpieczającego.

**(50) Klauzula uznania** – ubezpieczyciel uznaje, że przy zawarciu umowy ubezpieczenia znane mu były wszystkie okoliczności, które są znaczące dla oceny ryzyka.

**(103) Klauzula funduszu prewencyjnego –** Ubezpieczyciel przyznaje dofinansowanie ze środków funduszu prewencyjnego w okresie od 1 lipca 2016 r. do 30 czerwca 2018 r., w kwocie 50.000,00 PLN /słownie PLN: pięćdziesiąt tysięcy/ dla SP ZOZ MSW w Łodzi wypłacanego w dwóch częściach   
po 25.000 PLN w każdym 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia i do wykorzystania w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia. Środki zostaną wypłacone na cel prewencyjny uzgodniony   
z Ubezpieczycielem. Rozliczenie funduszu nastąpi na podstawie kopii faktur.