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 zł na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia.

1. **Franszyza integralna**

Brak.

1. **Franszyza redukcyjna/udział własny**

1 000 zł – 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 zł 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.
9. **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**

**(3) Klauzula 72 godzin** – wszystkie zdarzenia szkodowe powstałe w czasie następujących po sobie 72 godzin na skutek jednej przyczyny traktowane są jako pojedyncza szkoda w odniesieniu do sumy ubezpieczenia, franszyzy redukcyjnej/udziału własnego, franszyzy integralnej określonych w umowie ubezpieczenia.

**(6) Klauzula prolongacyjna** – brak wpłaty składki lub którejkolwiek z rat w terminie przewidzianym   
w umowie ubezpieczenia nie powoduje wygaśnięcia (rozwiązania) umowy ubezpieczenia ani zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej i nie może być podstawą do odstąpienia przez ubezpieczyciela od umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym. W sytuacji braku opłaty składki   
lub którejkolwiek z rat ubezpieczyciel zobowiązany jest wyznaczyć ubezpieczającemu na piśmie dodatkowy, co najmniej 14-dniowy termin do zapłaty. W przypadku braku wpłaty mimo wezwania, ubezpieczyciel zawiesza ochronę ubezpieczeniową do momentu opłacenia brakującej składki. Zapłata kwoty niższej niż składka lub rata będzie uznawana za wywiązanie się przez ubezpieczającego   
z obowiązku zapłaty, jeżeli niedopłata nie przekracza 10% i była wynikiem błędu lub niedopatrzenia. Po otrzymaniu stosownej pisemnej informacji od ubezpieczyciela ubezpieczający dopłaci brakującą część składki lub raty.

**(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.

**(29) Klauzula okolicznościowa** – ubezpieczyciel zobowiązany jest samodzielnie prowadzić postępowanie zmierzające do wyjaśnienia okoliczności związanych ze szkodą (np.: ustalenie przebiegu zdarzenia, ustalenie osoby sprawcy) i wypłacić należne odszkodowanie zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami, bez konieczności oczekiwania na prawomocne postanowienie właściwego organu.

**(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 stawia do dyspozycji ubezpieczającego fundusz prewencyjny w wysokości 10% składki zapłaconej za każdy rok ubezpieczenia. Środki   
z funduszu prewencyjnego mogą być wykorzystane w całości zarówno w okresie ubezpieczenia jak i po jego zakończeniu. Ubezpieczający przedstawi ubezpieczycielowi rachunki lub kosztorys potwierdzający wydatki z tego funduszu.