

**Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. dr. E Warmińskiego SPZOZ w  
Bydgoszczy  
UL. Szpitalna 19, 85-826 Bydgoszcz  
TEL. (52) 37 09 400 FAX: (52) 37 09 470  
NIP: 953 22 93 970 REGON: 092354746  
w imieniu którego działa M Broker Ubezpieczeniowy Sp. z o.o.**

Bydgoszcz, 16.09.2022r.

**Znak sprawy: DZP-270-58-2022**

**Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na usługi w zakresie dobrowolnego ubezpieczenia grupowego na życie dla pracowników Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. dr. E. Warmińskiego SPZOZ w Bydgoszczy oraz ich współmałżonków i pełnoletnich dzieci, ogłoszonego w Biuletynie Zamówień Publicznych Nr 2022/BZP 00341808/01; data zamieszczenia 2022-09-09. oraz platformie zakupowej M Broker Ubezpieczeniowy Sp. z o.o. platformazakupowa.pl/pn/mbu oraz w miejscu publicznie dostępnym w siedzibie Zamawiającego.**

## **ZAWIADOMIENIE**

Niniejszym w imieniu Zamawiającego zawiadamiam, iż od Wykonawcy wpłynęło zapytanie dotyczące treści Specyfikacji Warunków Zamówienia, zwanej w dalszej części „SWZ”. Na podstawie art. 135 ustawy Prawo zamówień publicznych Zamawiający przekazuje treść zapytania, udziela wyjaśnień, jednocześnie uzupełniając treść SWZ o poniżej wskazane informacje.

### **I WYKONAWCA**

#### **Pytanie 1**

Wykonawca prosi o podanie wskaźnika szkodowości z dotychczasowych umów grupowego ubezpieczenia na życie zawartych przez Zamawiającego.

#### **Odpowiedź 1**

Zamawiający informuje, iż szkodowość z ostatnich 36 miesięcy wynosi 110,76%, z ostatnich 12 miesięcy 103,05%.

#### **Pytanie 2**

Wykonawca wnioskuje o zmianę terminu wykonywania umowy z 24 miesięcy na 12 miesięcy.

#### **Odpowiedź 2**

Zamawiający nie wyraża zgody na powyższe.

#### **Pytanie 3**

W związku z wymogiem przyjęcia do ubezpieczenia osób nieaktywnych (przebywających na urloпах bezpłatnych, macierzyńskich, wychowawczym, L4, w szpitalu lub mają orzeczoną trwałą niezdolność do pracy/służby przez właściwy organ rentowy) Wykonawca prosi o potwierdzenie liczby osób, których aktualnie dotyczy ten zapis w podziale na urlopie bezpłatny, macierzyński, wychowawczy, zwolnienie lekarskie, pobyt w szpitalu oraz niezdolność do pracy.

#### **Odpowiedź 3**

Zamawiający informuje, iż na dzień 31.08.2022 dane przedstawiają się następująco:

- przebywające na urlopie bezpłatnym – 0 osób
- przebywające na urlopie wychowawczym – 2 osoby

- przebywające na urlopie macierzyńskim – 3 osoby
- przebywające na urlopie rodzicielskim – 4 osoby
- korzystające ze świadczenia rehabilitacyjnego – 3 osoby
- korzystające ze zwolnienia lekarskiego – 26 osób

#### **Pytanie 4**

Wykonawca prosi o uznanie oświadczenia o stanie zdrowia zawartego na deklaracji przystąpienia dla pracowników oraz członków rodzin pracowników, zgodnie z poniższym:

„Oświadczam, że w dniu wypełniania niniejszej deklaracji:

- 1) przebywam na zwolnieniu lekarskim;
- 2) przebywam w szpitalu; przebywam w hospicjum, domu pomocy społecznej, sanatorium; jestem uznana/y za iezdolną/niezdolnego do pracy lub służby orzeczeniem właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym;
- 3) Poniższe oświadczenie wymagane jest wyłącznie od dotychczas nieubezpieczonych członków rodziny pracownika (małżonka/partnera/dorosłego dziecka) chcących przystąpić do przedmiotowej umowy ubezpieczenia. UWAGA! Jeżeli jesteś pracownikiem lub kontynuującym ubezpieczenie członkiem rodziny poniższe oświadczenie Cię nie dotyczy, w takim przypadku zaznacz odpowiedź "NIE"

a) w okresie ostatnich 5 lat rozpoznano u mnie lub byłem/am diagnozowany/a lub leczony/na bądź przebywałem/am pod stałą opieką lekarską z powodu następujących schorzeń: choroby niedokrwiennej serca, zawału serca, wady serca, zaburzenia rytmu serca, kardiomiopatii, miażdżycy naczyń, tętniaka, cukrzycy (z wyjątkiem podwyższonego poziomu glukozy we krwi w okresie ciąży), nowotworu złośliwego, choroby krwi (niedokrwistości aplastycznej, białaczki, chłoniaka, szpiczaka, zespołu mielodysplastycznego, niedokrwistości sierpowatokrwinkowej, talasemii, hemofilii lub trombofilii), nowotworu łagodnego mózgu lub rdzenia kręgowego, udaru mózgu, krwotoku śródmózgowego, porażenia (paraliżu), przewlekłej niewydolności oddechowej, niewydolności nerek, marskości wątroby, choroby alkoholowej (zespołu zależności alkoholowej) lub uzależnienia od narkotyków, stwardnienia rozsianego, choroby Parkinsona, choroby Alzheimerera, AIDS, zakażenia wirusem HIV lub innej choroby, w zakresie której zalecenie lekarskie obejmowało lub obejmuje wykonanie przeszczepu narządu

b) zamierzam zasięgnąć porady lekarskiej, oczekuję na wyniki lub wykonanie badań diagnostycznych lub zamierzam poddać się leczeniu, w tym leczeniu szpitalnemu z powodu wymienionych powyżej chorób, które rozpoznano u mnie lub w kierunku których jestem lub byłem/am diagnozowany/a lub leczony/na”

#### **Odpowiedź 4**

Zamawiający wyraża zgodę na powyższe. Dotyczy to członków rodzin dotychczas nieubezpieczonych.

#### **Pytanie 5**

Wykonawca wnosi o umożliwienie zastosowania katalogu jednostek poważnych zachorowań: ubezpieczonego, małżonka, dziecka zgodnie z OWU Wykonawcy tj.:

<b>Poważna choroba Ubezpieczonego</b>	
<b>Lp</b>	<b>nazwa jednostki chorobowej</b>
<b>1</b>	zawał mięśnia sercowego
<b>2</b>	operacyjne wykonanie pomostów naczyniowych (by-pass)
<b>3</b>	udar mózgu
<b>4</b>	nowotwór złośliwy
<b>5</b>	niewydolność nerek
<b>6</b>	przeszczep narządu
<b>7</b>	utrata wzroku

<b>8</b>	paraliż
<b>9</b>	poparzenie
<b>10</b>	stwardnienie rozsiane
<b>11</b>	przeszczep zastawki serca
<b>12</b>	operacja aorty
<b>13</b>	utrata mowy
<b>14</b>	śpiączka
<b>15</b>	utrata słuchu
<b>16</b>	utrata kończyn
<b>17</b>	łagodny guz mózgu
<b>18</b>	zapalenie wątroby (piorunujące wirusowe zapalenie wątroby)
<b>19</b>	przewlekła niewydolność oddechowa
<b>20</b>	toczeń rumieniowaty układowy
<b>21</b>	niedokrwistość aplastyczną
<b>22</b>	zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji krwi
<b>23</b>	choroba Parkinsona
<b>24</b>	dystrofia mięśniowa
<b>25</b>	schyłkowa niewydolność wątroby
<b>26</b>	choroba neuronu ruchowego
<b>27</b>	pierwotne nadciśnienie płucne
<b>28</b>	kleszczowe wirusowe zapalenie mózgu
<b>29</b>	posocznica (sepsa)
<b>30</b>	choroba Crohna
<b>31</b>	choroba Alzheimera
<b>32</b>	ciężki uraz głowy (będący następstwem nieszczęśliwego wypadku)
<b>33</b>	utrata możliwości samodzielnej egzystencji

<b>Poważna choroba Mażonka/Partnera Ubezpieczonego</b>	
<b>Lp</b>	<b>nazwa jednostki chorobowej</b>
<b>1</b>	zawał mięśnia sercowego
<b>2</b>	operacyjne wykonanie pomostów naczyniowych (by-pass)
<b>3</b>	udar mózgu
<b>4</b>	nowotwór złośliwy
<b>5</b>	niewydolność nerek

<b>6</b>	przeszczep narządu
<b>7</b>	utrata wzroku
<b>8</b>	paraliż
<b>9</b>	poparzenie
<b>10</b>	stwardnienie rozsiane
<b>11</b>	przeszczep zastawki serca
<b>12</b>	operacja aorty
<b>13</b>	utrata mowy
<b>14</b>	śpiączka
<b>15</b>	utrata słuchu
<b>16</b>	utrata kończyn
<b>17</b>	łagodny guz mózgu
<b>18</b>	zapalenie wątroby (piorunujące wirusowe zapalenie wątroby)

#### **Odpowiedź 5**

Zamawiający informuje, iż Wykonawca może przedstawić większą ilość chorób niż zakres obligatoryjny, wówczas zostaną dodane dodatkowe punkty zgodnie z opisem w załączniku nr 2a do SWZ formularz cenowy.

#### **Pytanie 6**

Wykonawca prosi o potwierdzenie czy Zamawiający uzna za spełniony warunek jeśli zamiast leczenia na OIOM płatnego w formie ryczałtowej zaofertowane zostanie świadczenie leczenia na OIOM płatne za dzień pobytu (przez pierwsze 14 dni) w wysokości równej leczeniu ubezpieczonego w szpitalu (w chorobie)?

#### **Odpowiedź 6**

Zamawiający potwierdza powyższe.

#### **Pytanie 7**

Wykonawca wnioskuję o umożliwienie wprowadzenia ograniczeń w zakresie (zgodnie OWU Wykonawcy) dla osób, które ukończyły 70 rok życia.

#### **Odpowiedź 7**

Zamawiający wyraża zgodę na powyższe.

#### **Pytanie 8**

Wykonawca wnosi o zmiany zapisów w odniesieniu do Indywidualnej Kontynuacji i umożliwienie zaofertowania IK zgodnie ze standardowym zakresem obowiązującym u Wykonawcy.

#### **Odpowiedź 8**

Zamawiający wyraża zgodę na powyższe.

#### **Pytanie 9**

Czy Zamawiający uzna warunek za spełniony jeśli zamiast świadczenia *Trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji* zostanie zaoferowane świadczenie *Całkowita trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku*.

#### **Odpowiedź 9**

Zamawiający potwierdza powyższe.

#### **Pytanie 10**

Wykonawca prosi o wyjaśnienie czy w podanym przykładzie w punkcie:  
*2.7 Szczegółowe obligatoryjne warunki ubezpieczenia*

nie nastąpiła pomyłka w określeniu daty rozwiązania umowy w przypadku nie uregulowania składki. Czy przykład powinien brzmieć:

*Przykład: ostatnia składka opłacona za m-c grudzień. Odpowiedzialność w stosunku do ubezpieczonych wygasa z dniem 31 stycznia i jest zawieszona do 31 marca. Jeżeli do 31 marca zostaną uregulowane wszystkie zaległe składki, odpowiedzialność zostaje wznowiona i za ten okres wypłacane są świadczenia. Jeżeli zaległość nie zostanie uregulowana, umowa rozwiązuje się z dniem 31 stycznia.)*

**Odpowiedź 10**

Zamawiający potwierdza powyższe. Zapis taki jest w SWZ.

**Pytanie 11**

Wykonawca wnosi o potwierdzenie założenia, że wygaśnięcie ochrony w stosunku do ubezpieczonych nastąpi z ostatnim dniem miesiąca za który została opłacona składka ubezpieczeniowa.

**Odpowiedź 11**

Zamawiający potwierdza powyższe.

## **II WYKONAWCA**

**Pytanie 1**

Wykonawca prosi o podanie wysokości wynagrodzenia, jaką należy uwzględnić w kalkulacji oferty oraz potwierdzenie, że podana wysokość kosztów stanowi wartość brutto. Wykonawca wyjaśnia, że te koszty stanowią bardzo istotny element kosztowy znajdujący swoje odzwierciedlenie w kalkulacji składki ubezpieczeniowej. Wskaźnik kosztów jest elementem, który w istotnym stopniu ma wpływ na decyzję Wykonawcy o złożeniu oferty.

**Odpowiedź 1**

Zamawiający informuje, iż wysokość wynagrodzenia wynosi 15% i potwierdza, iż jest to wartość brutto.

**Pytanie 2**

Czy Zamawiający dopuszcza rezygnację z zapisu dotyczącego określenia maksymalnych składek. Wyznaczenie przez Zamawiającego takiego poziomu składek przy jednoczesnym określeniu pozostałych warunków ubezpieczenia, może być powodem, że oferta Wykonawcy nie spełni tego warunku, co w konsekwencji będzie skutkowało brakiem możliwości złożenia oferty w tym postępowaniu.

**Odpowiedź 2**

Zamawiający nie dopuszcza powyższego.

**Pytanie 3**

Czy Zamawiający dopuszcza zmianę zapisu dotyczącego określenia minimalnych świadczeń i zaproponowanie ich nowych niższych wartości.

**Odpowiedź 3**

Zamawiający nie dopuszcza powyższego.

**Pytanie 4**

Czy Zamawiający dopuszcza zmianę zapisów SWZ i Załączników do SWZ, by okres umowy (termin wykonania zamówienia) zamiast 24 miesięcy wynosił 12 miesięcy.

**Odpowiedź 4**

Zamawiający nie dopuszcza powyższego.

**Pytanie 5**

**SWZ, punkt IV.2.7.2** – Wykonawca prosi o potwierdzenie, że opis: „(...) *Dodatkowo w wariantcie I przy składce 60 zł (...)*” jest wskazaniem / doprecyzowaniem wariantu ubezpieczenia grupowego, w którym ubezpieczeni będą mieli prawo do dodatkowego ryzyka w ramach indywidualnej kontynuacji.

## **Odpowiedź 5**

Zamawiający potwierdza powyższe.

## **Pytanie 6**

**SWZ, punkt 2.8** – Prośba do Zamawiającego o potwierdzenie, że w przypadku ryzyk, które nie są opisane szczegółowo w dziale 2.8 a które są wykazane w Tabelach „Minimalnego obligatoryjnego zakresu świadczeń” (np. poważne zachorowanie małżonka ubezpieczonego) – w pełni zastosowanie będą miały zapisy ogólnych warunków Wykonawców?

## **Odpowiedź 6**

Zamawiający informuje, iż niektóre ryzyka np. poważne zachorowanie małżonka ubezpieczonego opisane są w załączniku nr 2a do SWZ formularz cenowy.

## **Pytanie 7**

**SWZ, punkt IV.2.8.16, 2.8.15 i 2.8.22** – Wykonawca zwraca się z prośbą o możliwość zastosowania, jako równoważnych, definicji „zawału serca” zawartych w ramach swoich ogólnych warunków:

W przypadku ryzyka śmierci w skutek zawału serca:

**zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego spowodowana nagłym zmniejszeniem dopływu krwi do tej części mięśnia sercowego.

W przypadku trwałego uszczerbku w wyniku zawału serca oraz pobytu w szpitalu wskutek zawału serca:

**zawał serca** – który jest uszkodzeniem części mięśnia sercowego w wyniku ostrego niedokrwienia. Odpowiadamy wyłącznie za taki zawał serca, którego rozpoznanie potwierdza wzrost lub spadek stężenia troponiny sercowej, przy co najmniej jednej wartości powyżej normy, oraz spełnione jest co najmniej jedno z następujących kryteriów:

- a) kliniczne objawy niedokrwienia mięśnia sercowego,
- b) nowe niedokrwienne zmiany w EKG,
- c) nowy ubytek żywnotnego mięśnia sercowego w badaniach obrazowych lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej,
- d) skrzeplina w tętnicy wieńcowej stwierdzona w koronarografii.

Odpowiadamy również za zawał związany z zabiegiem na tętnicach wieńcowych, o ile w badaniach obrazowych stwierdzono nowy ubytek żywnotnego mięśnia sercowego o umiejscowieniu odpowiadającym etiologii niedokrwiennej lub w koronarografii stwierdzono powikłania zabiegu ograniczające przepływ krwi oraz w którym stwierdzono wzrost stężenia troponiny sercowej we krwi do wartości:

- a) 5-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z przezskórną interwencją wieńcową lub
- b) 10-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z pomostowaniem tętnic wieńcowych.

- w przypadku poważnego zachorowania ubezpieczonego oraz małżonka Wykonawca przedstawiłby definicje zgodne ze swoimi ogólnymi warunkami.

## **Odpowiedź 7**

Zamawiający wyraża zgodę na powyższe. Jednocześnie Zamawiający informuje, iż w SWZ istnieje zapis: Zamawiający dopuszcza inną treść definicji stosowaną przez Wykonawcę o ile nie będzie sprzeczna z zaproponowaną w SWZ.

## **Pytanie 8**

**SWZ, punkt IV.2.8.15** – prośba do Zamawiającego o potwierdzenie, że wskazane w definicji „upośledzenie funkcji organizmu” również powinno mieć charakter trwały.

## **Odpowiedź 8**

Zamawiający potwierdza powyższe.

## **Pytanie 9**

**SWZ, punkt IV.2.8.16** – prośba do Zamawiającego o to, aby Wykonawca, mógł zastosować, jako równoważne zapisom SWZ, nazwy (definicje) chorób zawarte w swoich aktualnych

ogólnych warunkach. Warunki te, przewidują m. in. uaktualnienie definicji pod kątem aktualnej wiedzy medycznej oraz uwzględniają pro-klienckie wskazówki urzędu ochrony konsumenta. Wykonawca w ramach stosownej klauzuli wykazałby porównanie nazw zawartych w SWZ z nazwami zawartymi w swoich warunkach.

#### **Odpowiedź 9**

Zamawiający wyraża zgodę na powyższe. Jednocześnie Zamawiający informuje, iż w SWZ istnieje zapis: Zamawiający dopuszcza inną treść definicji stosowaną przez Wykonawcę o ile nie będzie sprzeczna z zaproponowaną w SWZ.

#### **Pytanie 10**

**SWZ, punkt IV.2.9** – prośba do Zamawiającego o to, aby Wykonawca, mógł zastosować, oprócz wymienionych w poszczególnych podpunktach, również następujące wyłączenia odpowiedzialności, zgodnie z którymi mógłby nie odpowiadać za zdarzenia powstałe:

- 1) gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,

w wyniku uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku (w przypadku ryzyk, gdzie taki zapis nie jest przewidziany przez SWZ),

#### **Odpowiedź 10**

Zamawiający informuje, iż taki zapis istnieje w SWZ.

#### **Pytanie 11**

**SWZ, punkt IV.2.9., zdanie końcowe** –prosi o doprecyzowanie zdania „W punktach 2.9.2, 2.9.3, 2.9.4, 2.9.6, 2.9.12, 2.9.13, 2.9.wyłączenia na skutek zdarzeń powstałych (...)” – czy wymienione w tym zdaniu zdarzenia mogą być wyłączone z odpowiedzialności Wykonawców, czy też nie?

#### **Odpowiedź 11**

Zamawiający informuje, iż zdarzenia nie mogą być wyłączone z odpowiedzialności Wykonawcy.

#### **Pytanie 12**

**SWZ, punkt IV.2.13 versus Formularz Cenowy** – W poszczególnych wierszach Tabel Formularza Ofertowego, przy zdarzeniach związanych z pobytem w szpitalu powstałym z innego, niż choroba, powodu zapisano informację, iż „od 15 dnia pobytu świadczenie równe wysokości jak za pobyt w szpitalu wskutek choroby”. Informacji takiej nie ma w Tabelach działu IV.2.13 SWZ „Minimalny obligatoryjny zakres świadczeń”. Wykonawca prosi o potwierdzenie, że zasada o świadczeniu płatnym po 15 dniu pobytu w szpitalu cytowana w Tabelach Formularza Ofertowego jest bezwzględnie obowiązująca. Dodatkowo Wykonawca prosi, aby zasada ta obowiązywała również w przypadku pobytu w szpitalu wskutek zawału serca lub krwotoku śródmózgowego.

#### **Odpowiedź 12**

Zamawiający potwierdza powyższe.

#### **Pytanie 13**

**Formularz Cenowy (Grupa I, Tabela 2, wiersz 8 oraz Grupa II, Tabela 5, wiersz 8)** – Wykonawca prosi o doprecyzowanie, o jakiego rodzaju „świadczenia zdrowotne z tytułu operacji” chodzi Zamawiającemu.

#### **Odpowiedź 13**

Zamawiający informuje, iż chodzi o katalog operacji chirurgicznych i w zależności od ilości operacji w katalogu zostaną przyznane dodatkowe punkty.

#### **Pytanie 14**

##### **SWZ, pkt IV ppkt 2.10 Pozostałe szczegółowe obligatoryjne warunki ubezpieczenia**

W nawiązaniu do powyższego zapisu, czy Zamawiający potwierdza, że obsługa ubezpieczenia będzie realizowana elektronicznie przy wykorzystaniu systemu, który Wykonawca zobowiązuje się udostępnić bezpłatnie Zamawiającemu. Wówczas ewidencja danych osób przystępujących do ubezpieczenia jak i występujących z ubezpieczenia odbywać się będzie w elektronicznym systemie, za jego pośrednictwem dane te wysyłane będą do Wykonawcy. Natomiast podpisane oryginały deklaracji przystąpienia przekazywane będą Wykonawcy w celu dokonania ich archiwizacji.

#### **Odpowiedź 14**

Zamawiający potwierdza powyższe.

#### **Pytanie 15**

##### **SWZ, IV ppkt 2.10**

Wykonawca zwraca uwagę, że nie każdy m-c ma 30 dni, czy Zamawiający zgodzi się na modyfikacje zapisu na następujący:

Zamawiający będzie przekazywał składki miesięczne w PLN za Ubezpieczonych za dany miesiąc, w którym świadczona będzie ochrona ubezpieczeniowa, na wskazane konto bankowe Wykonawcy, w terminie do ostatniego dnia każdego miesiąca za następny miesiąc. Dotyczy to również pierwszej składki za ochronę ubezpieczeniową świadczoną w pierwszym miesiącu obowiązywania umowy, która będzie zawarta pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcą.

#### **Odpowiedź 15**

Zamawiający wyraża zgodę na powyższe.

#### **Pytanie 16**

##### **Załącznik nr 5 do SWZ, Generalna Umowa Ubezpieczenia § 2 ust 2**

Czy Zamawiający zgodzi się na zmianę zapisu na następujący: Ustala się, że za datę opłacenia składki ubezpieczeniowej lub jej raty uznaje się datę wpływu środków na rachunek bankowy wskazany przez Wykonawcę.

Modyfikacja zapisu zapewni prawidłową obsługę ubezpieczenia i nie spowoduje opóźnień w wypłacie świadczeń dla wszystkich ubezpieczonych w tej grupie. Dodatkowo Wykonawca nie może odpowiadać za brak środków na koncie Zamawiającego.

#### **Odpowiedź 16**

Zamawiający informuje, iż nie ma możliwości braku środków na koncie Zamawiającego. Jeśli chodzi o datę opłacenia składki uznana będzie data przelewu wychodzącego od Zamawiającego, może być sytuacja, że ostatni dzień miesiąca wypadnie w piątek, przelew będzie u Wykonawcy w poniedziałek tj. nowy miesiąc.

#### **Pytanie 17**

##### **Załącznik nr 5 do SWZ, Generalna Umowa Ubezpieczenia § 2 ust 3**

W nawiązaniu do zapisu czy Zamawiający potwierdza, że brak wpłaty przez ubezpieczającego składki, bądź którejkolwiek raty w terminie przewidzianym w umowie ubezpieczenia nie powoduje wygaśnięcia (rozwiązania) umowy ubezpieczenia ani ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej pod warunkiem, że składka za ubezpieczenie grupowe zostanie przekazana do końca miesiąca za który jest należna. W przypadku braku składki do końca miesiąca, odpowiedzialność na polisie zostaje zawieszona, a Wykonawca powiadomi Zamawiającego o fakcie braku zapłaty składki i wyznaczy dodatkowy termin zapłaty, który nie może być krótszy niż 14 dni. Po uregulowaniu zaległej składki ochrona zostaje wznowiona i ubezpieczyciel wypłaca świadczenia za okres zawieszenia

**Odpowiedź 17**

Zamawiający potwierdza powyższe.

**Pytanie 18**

**Załącznik nr 1 do SWZ** „Oferta została złożona na ..... kolejno ponumerowanych kartkach” – W związku z elektroniczną formą złożenia oferty w postępowaniu Wykonawca prosi o potwierdzenie, że może zrezygnować z numerowania strony i pozostawić to zdanie bez jego wypełniania.

**Odpowiedź 18**

Zamawiający nie wyraża zgody na powyższe.

**Pytanie 19**

W związku z wejściem w życie nowej ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu Wykonawca jest zobowiązany do stosowania środków bezpieczeństwa finansowego wprowadzonych przez ww. ustawę. Na etapie zawierania umowy ubezpieczenia prześlemy Państwu do wypełnienia druk oświadczenia Beneficjenta Rzeczywistego/Reprezentanta/Pełnomocnika. Wzór oświadczenia przesyłamy w załączeniu.

**Odpowiedź 19**

Zamawiający przyjmuje do wiadomości.

Zmianie uległy zapisy w SWZ.

**Jednocześnie Zamawiający informuje, że Wykonawcy zobowiązani są do wprowadzenia powyższych zmian i uwzględnienia poczynionych wyjaśnień w złożonej ofercie. Niezastosowanie się do powyższego będzie skutkowało odrzuceniem oferty jako niezgodnej z zapisami SWZ.**

Z poważaniem

w imieniu Zamawiającego  
M Broker Ubezpieczeniowy Sp. z o.o.