

TELEFONY:Centrala
tel. 91 466 10 00Sekretariat Dyrektora
oraz
Zastępcy Dyrektora
ds. Ekonomiczno –
Administracyjnych
tel. 91 466 10 10
fax. 91 466 10 15Sekretariat
Zastępcy Dyrektora
ds. Lecznictwa
tel. 91 466 10 16Główny Księgowy
tel. 91 466 10 17Naczelną Pielęgniarką
tel. 91 466 10 18Dział Sprzedaży Usług
Medycznych i Marketingu
tel. 91 466 10 45Dział Zamówień
Publicznych
tel. 91 466 10 86Dział Organizacyjno-
Prawny
tel. 91 466 10 29Dział Administracyjno-
Gospodarczy
tel. 91 466 10 54Dział Zaopatrzenia
tel. 91 466 10 30
fax. 91 466 10 31Dział Kadrowo-Placowy
tel. 91 466 10 39Dział Techniczny
tel. 91 466 10 70KRS: 0000018427
NIP: 955-19-08-958
REGON: 000288900Strona internetowa
spsk2-szczecin.plPoczta e-mail
spsk2@spsk2-szczecin.pl

znak sprawy: ZP/220/89/17

Szczecin, dnia 02.11.2017r

w sprawie: przetargu nieograniczonego, którego przedmiotem jest usługa grupowego ubezpieczenia na życie pracowników Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie oraz ich współmałżonków i pełnoletnich dzieci**Wyjaśnienia 2**

W związku z wpływaniem do Zamawiającego pytań dotyczącego treści Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, zgodnie z art. 38 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo Zamówień Publicznych, Zamawiający udziela następujących wyjaśnień:

Pytanie 1

Czy Zamawiający wyraża zgodę, by wszyscy wcześniej nieubezpieczeni u Zamawiającego członkowie rodzin pracowników, wypełniali oświadczenia o stanie zdrowia (3 pytania)? Oświadczenie to składa się z poniższych pytań:

- | | |
|---|-----------|
| 1. Czy w ciągu ostatnich 2 lat przed dniem podpisania niniejszej deklaracji zgody przebywał/-a Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim z powodu choroby przez okres dłuższy niż 3 tygodnie jednorazowo (w przypadku kobiet nie dotyczy ciąży lub porodu)? W przypadku odpowiedzi „Tak“, prosimy o napisanie poniżej jakie choroby lub dolegliwości były przyczyną zwolnienia lekarskiego i okres zwolnienia (jak długo). | Tak / Nie |
| 2. Czy kiedykolwiek zasięgał/a Pan/Pani porady lekarskiej lub rozpoznano u Pana/Pani którąkolwiek z chorób: nowotwór lub guz innego rodzaju, białaczkę, cukrzycę, chorobę wrzodową żołądka, przewlekłe zapalenie trzustki, stwardnienie rozsiane, nadciśnienie tętnicze, chorobę wieńcową z zawałem serca lub bez zawału serca, udar mózgu, choroby nerek, padaczkę, chorobę psychiczną, zaburzenia zachowania, choroby płuc, nosicielstwo wirusa HIV, zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS), chorobę alkoholową, choroby wątroby lub przebywał/a Pan/Pani leczenie kardiochirurgicznej? W przypadku odpowiedzi „Tak” prosimy o załączenie kopii dokumentacji medycznej (karta informacyjna leczenia szpitalnego, historia choroby z przychodni lub wyniki wykonywanych badań) | Tak / Nie |
| 3. Czy kiedykolwiek ubiegał/a się Pan/Pani lub orzeczono u Pana/Pani niezdolność do pracy lub stopień niepełnosprawności? | Tak / Nie |

Pracownicze ubezpieczenie grupowe jest przede wszystkim skierowane do pracowników Zamawiającego. Członkowie rodzin są grupą nieopisaną, w dużej mierze nie znaną nawet Zamawiającemu. Możliwość weryfikacji osób wcześniej nieubezpieczonych pozwoli uniknąć wzrostu poziomu szkodowości a co za tym idzie istotnego pogorszenia warunków dla ubezpieczonych, w szczególności pracowników, w przyszłym postępowaniu.

Odpowiedź**Zamawiający wyraża zgodę.****Pytanie 2**

Czy Zamawiający wyraża zgodę, by osoby przystępujące do ubezpieczenia po okresie 3 mcy od daty nabycia uprawnień na przystąpienie, mogli zostać poddani ocenie medycznej (wypełniając oświadczenia o stanie zdrowia, jak w pytaniu 1)?

Pozwoli to uniknąć wzrostu poziomu szkodowości, który w efekcie może spowodować znaczne pogorszenie oferty w przyszłym postępowaniu.

Odpowiedź**Zamawiający nie wyraża zgody.**

TELEFONY:**Centrala**
tel. 91 466 10 00**Sekretariat Dyrektora
oraz
Zastępcy Dyrektora
ds. Ekonomiczno –
Administracyjnych**
tel. 91 466 10 10
fax. 91 466 10 15**Sekretariat
Zastępcy Dyrektora
ds. Lecznictwa**
tel. 91 466 10 16**Główny Księgowy**
tel. 91 466 10 17**Naczelną Pielęgniarką**
tel. 91 466 10 18**Dział Sprzedaży Usług
Medycznych i Marketingu**
tel. 91 466 10 45**Dział Zamówień
Publicznych**
tel. 91 466 10 86**Dział Organizacyjno-
Prawny**
tel. 91 466 10 29**Dział Administracyjno-
Gospodarczy**
tel. 91 466 10 54**Dział Zaopatrzenia**
tel. 91 466 10 30
fax. 91 466 10 31**Dział Kadrowo-Placowy**
tel. 91 466 10 39**Dział Techniczny**
tel. 91 466 10 70**KRS: 0000018427
NIP: 955-19-08-958
REGON: 000288900****Strona internetowa**
spsk2-szczecin.pl**Poczta e-mail**
spsk2@spsk2-szczecin.pl**Pytanie 3**

Czy Zamawiający wyraża zgodę, by wcześniej nieubezpieczeni u Zamawiającego członkowie rodzin pracowników byli objęci karencjami na ryzyko urodzenia się dziecka oraz śmierci rodzica lub teścia?

Odpowiedź

Zamawiający wyraża zgodę.

Pytanie 4

Czy Zamawiający dopuszcza, by w niniejszym postępowaniu Wykonawca mógł zastosować warunki indywidualnej kontynuacji zgodne z własnymi OWU?

Odpowiedź

Zamawiający nie dopuszcza.

Pytanie 5

Czy Zamawiający dopuszcza podział operacji chirurgicznych na 5 klas, gdzie za poszczególne klasy operacji wypłaca się: 12,5%, 25%, 50%, 75% i 100%?

Odpowiedź

Zamawiający dopuszcza.

Pytanie 6

Czy Zamawiający dopuszcza, by w przypadku rekonwalescencji minimalny wymagany czas pobytu w szpitalu wynosił 14 dni?

Odpowiedź

Zamawiający nie dopuszcza.

Zamawiający wyznacza nowy termin składania i otwarcia ofert:

-składanie do 08.11.2017r do godz. 12:00

-otwarcie ofert odbędzie się 08.11.2017r o godz. 12:30.

Wykonawcy są zobowiązani uwzględnić powyższe wyjaśnienia oraz zapisy podczas sporządzania i składania ofert.

Z poważaniem

.....
DYREKTOR SPSK-2

