



# Szpital Specjalistyczny im. J. K. Łukowicza<sup>A</sup> w Chojnicach

89-600 Chojnice, ul. Leśna 10  
tel. centrala (0 52) 39 56 500  
tel. sekr. dyr. (0 52) 39 56 769; fax (0 52) 39 56 569

e-mail: szpital@chojnice.pl

www.szpital.chojnice.pl



Chojnice, dnia 9 marca 2012 r.

N/znak: DZAP-380-1/8/12

## Podmioty biorące udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego

**DOTYCZY:** Prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na ubezpieczenie mienia oraz odpowiedzialności cywilnej Szpitala Specjalistycznego im. J. K. Łukowicza w Chojnicach.

Zgodnie z art. 38 ust. 2 ustawy Prawo zamówień publicznych Zamawiający wyjaśnia treść Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia:

### Pytanie nr 1:

I. Dotyczy mienia od ognia i innych żywiołów

1. Prosimy o wprowadzenie franszyzy redukcyjnej 1.000,00zł.

**Odpowiedź:** Zamawiający wyraża zgodę na wprowadzenie franszyzy redukcyjnej 300,00zł.

### Pytanie nr 2:

II. Dotyczy ubezpieczenia mienia od kradzieży i rabunku

1. Proszę o wprowadzenie franszyzy integralnej w wysokości 300,00 zł.

**Odpowiedź:** Zamawiający podtrzymuje zapisy SIWZ.

### Pytanie nr 3:

III. Dotyczy klauzul rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej

Prosimy o zmniejszenie limitu odpowiedzialności w klauzuli nr 2 (klauzula automatycznego pokrycia). Roczny limit automatycznego pokrycia: 30% sumy ubezpieczenia – prosimy wykreślić w zamian prosimy wpisać „do kwoty 10 000 000,00 zł”.

**Odpowiedź:** Zamawiający wyraża zgodę na powyższą zmianę.

### Pytanie nr 4:

VI. Dotyczy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej

1. ~~Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, - nie ma już tego ubezpieczenia dla Szpitala w związku z tym proszę o wykreślenie w/w słów i wpisanie: „obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą”.~~

**Odpowiedź:** Zamawiający nie znajduje powyższego zapisu w SIWZ.

2. ~~Prosimy wykreślić Ubezpieczenie, o którym mowa obejmuje w szczególności odpowiedzialność cywilną z przeniesienia chorób zakaźnych i zakażeń, w tym zakażenia wirusem HIV i wirusami hepatotropowymi powodującymi WZW.~~

**Odpowiedź:** Zamawiający nie znajduje powyższego zapisu w SIWZ.

3. Suma gwarancyjna:

100 000 euro na jedno zdarzenie i 500 000 euro na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia, prosimy wykreślić sumy gwarancyjne przeliczone na polskie zł. Czyli ~~446 400,00 na jedno zdarzenie i 2 232 000,00 zł na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia.~~

**Odpowiedź:** Zamawiający wyraża zgodę na powyższą zmianę.

### Pytanie nr 5:

I. Dotyczy mienia od ognia i innych żywiołów

1. Prosimy o wprowadzenie franszyzy redukcyjnej 1.000,00zł.

**Odpowiedź:** Patrz odpowiedź na pyt. nr 1.

### Pytanie nr 6:

II. Dotyczy ubezpieczenia mienia od kradzieży i rabunku

1. Proszę o wprowadzenie franszyzy integralnej w wysokości 300,00 zł.

**Odpowiedź:** Patrz odpowiedź na pyt. nr 2.

**Pytanie nr 7:**

III. Dotyczy klauzul rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej

Prosimy o zmniejszenie limitu odpowiedzialności w klauzuli nr 2 (klauzula automatycznego pokrycia). Roczny limit automatycznego pokrycia: 30% sumy ubezpieczenia – prosimy wykreślić w zamian prosimy wpisać „do kwoty 10 000 000,00 zł”.

**Odpowiedź:** Patrz odpowiedź na pyt. nr 3.

**Pytanie nr 8:**

VI. Dotyczy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej

1. ~~Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej zakładu opieki zdrowotnej.~~ - nie ma już tego ubezpieczenia dla Szpitala w związku z tym proszę o wykreślenie w/w słów i wpisanie: „obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą”.

**Odpowiedź:** Zamawiający wyraża zgodę na powyższą zmianę.

2. Suma gwarancyjna:

100 000 euro na jedno zdarzenie i 500 000 euro na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia, prosimy wykreślić sumy gwarancyjne przeliczone na polskie zł. Czyli ~~446 400,00 na jedno zdarzenie i 2 232 000,00 zł na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia.~~

**Odpowiedź:** Zamawiający wyraża zgodę na powyższą zmianę.

**W związku z powyższymi zmianami modyfikacji ulegają zapisy SIWZ:**

1. Strona 16 pkt 6 – franszyzy redukcyjnej – 300,00 zł,
2. Strona 18 D – **OBOWIĄZKOWE UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PODMIOTU WYKONUJĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ,**
3. Strona 18 D pkt 2 – Suma gwarancyjna: 100 000 euro na jedno zdarzenie i 500 000 euro na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia,
4. Strona 20 Klauzula nr 2 – Roczny limit automatycznego pokrycia: do kwoty 10 000 000,00 zł,
5. Strona 23 Część B – zakres oferty ppkt C) – obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
6. Strona 24 Część E – cena za realizację zamówienia ppkt C) – obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
7. Strona 27 załącznik nr 3 (formularz oferty) – Informacje dotyczące obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

W załączeniu strony z naniesionymi zmianami.

Z poważaniem

Z-ca DYREKTORA  
Główny Księgowy

Marta Niezgodzińska

Zgodnie z regulacją art. 27 ust. 2 Pzp Zamawiający żąda potwierdzenia otrzymania niniejszej informacji oraz jej czytelności. Potwierdzenie należy przesłać pod numer faksu 52 39 56 505 bądź na adres mailowy: [zampublik@szpital.chojnice.pl](mailto:zampublik@szpital.chojnice.pl)  
A.T.R.

#### 4) Suma i system ubezpieczenia:

Środki trwale należące do / lub użytkowane przez Szpital przyjęte zostają do ubezpieczenia w systemie wartości księgowej brutto (niezależnie od stopnia faktycznego zużycia lub umorzenia)

<b>Przedmiot ubezpieczenia</b>	<b>Suma ubezpieczenia 1.04.2012-31.03.2013</b>
Grupa 1 KŚT	85 639 469,85 zł
Grupa 2 KŚT	3 703 485,85 zł
Grupa 3 KŚT	4 570 198,10 zł
Grupa 4 KŚT	4 369 014,21 zł
Grupa 5 KŚT	134 602,22 zł
Grupa 6 KŚT	11 026 031,93 zł
Grupa 8 KŚT	37 653 030,29 zł
Razem:	<b>147 095 832,45 zł</b>

- sumę ubezpieczenia niskowartościowych środków trwałych stanowi ich wartość księgowa brutto, która wynosi **6 421 707,23 zł**;
- sumę ubezpieczenia środków obrotowych własnych i przenośnych stanowi maksymalna wartość przewidywana w okresie ubezpieczenia odpowiadająca kosztom ich wytwarzania lub nabycia, i wynosi **1 709 669,80 zł**
- suma ubezpieczenia mienia pracowniczego wynosi: **10 000,00 zł**;

#### 5) Zasady wypłaty odszkodowania

Górną granicę odpowiedzialności wykonawcy za ubezpieczone mienie stanowi suma ubezpieczenia, z tym, że granicą odpowiedzialności:

- dla środków trwałych - stanowi suma ubezpieczenia dla poszczególnego środka trwałego podanego do ubezpieczenia wynikająca z ewidencji środków trwałych,
- dla innego mienia - stanowi suma ubezpieczenia dla poszczególnego przedmiotu określonego rodzaju ubezpieczonego mienia.

#### 6) Franszyzy

Zamawiający oczekuje przedstawienia propozycji ubezpieczenia z zastosowaniem elementu redukującego odszkodowanie spośród:

- franszyzy redukcyjnej - 300,00 zł;

**D. OBOWIĄZKOWE UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PODMIOTU WYKONUJĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ**

**WARUNKI MINIMALNE, JAKIE MUSZĄ SPEŁNIAĆ OFERTY**

**1) Przedmiot i zakres ubezpieczenia:**

Ubezpieczeniem objęta jest odpowiedzialność cywilna podmiotu wykonującego działalność leczniczą na terytorium Rzeczypospolitej polskiej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, zgodnie, 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**). W szczególności zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, przeniesienie chorób zakaźnych i zakażeń, w tym zakażeń wirusem HIV i wirusami hepatotropowymi powodującymi WZW, uszkodzenie ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta albo śmierci pacjenta będącego następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną: diagnozy, jeżeli powodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby; leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego; zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego.

**2) Suma gwarancyjna:**

**100 000 euro** na jedno zdarzenie i **500 000 euro** na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia,

**3) Klauzule dodatkowe:**

Do umowy ubezpieczenia OC zakładu opieki zdrowotnej będą mieć zastosowanie klauzule dodatkowe: nr 3, nr 5, nr 6, nr 7 (treść klauzul w rozdziale XXIII SIWZ).

**E. OBOWIĄZKOWE UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ POSIADACZY POJAZDÓW MECHANICZNYCH**

**WARUNKI MINIMALNE, JAKIE MUSZĄ SPEŁNIAĆ OFERTY**

**1) Przedmiot ubezpieczenia:**

Ubezpieczeniem objęte zostaną wszystkie wyszczególnione w Załączniku nr 2 do SIWZ pojazdy należące do Zamawiającego.

**2) Zakres ubezpieczenia:**

Ubezpieczenie **OC** zgodne z warunkami określonymi w Ustawie z dn. 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych z późniejszymi zmianami.

**3) Suma gwarancyjna:**

Wysokość sumy gwarancyjnej zgodnie z Ustawą z dn. 22 maja 2003 o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych z późniejszymi zmianami.

**4) Stawka i składka:**

Zamawiający wymaga ustalenia składki dla poszczególnych rodzajów pojazdów, która będzie niezmienna w trakcie okresu ubezpieczenia.

## **KLAUZULE DODATKOWE**

### **KLAUZULA nr 1**

#### **KLAUZULA REPREZENTANTÓW**

*Z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą, postanowień umowy ubezpieczenia, w tym określonych we wniosku i ogólnych (szczególnych) warunkach ubezpieczenia strony uzgodniły, że:* Ubezpieczyciel nie odpowiada za szkody wyrządzone umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa Ubezpieczającego oraz osób, za które Ubezpieczający ponosi odpowiedzialność, przy czym przez wymienione tu osoby rozumie się wyłącznie Dyrektora zakładu opieki zdrowotnej.

### **KLAUZULA nr 2**

#### **/KLAUZULA AUTOMATYCZNEGO POKRYCIA/**

*Z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą, postanowień umowy ubezpieczenia, w tym określonych we wniosku i ogólnych (szczególnych) warunkach ubezpieczenia strony uzgodniły, że:*

Ubezpieczyciel obejmie automatyczną ochroną ubezpieczeniową nowo nabyte mienie lub wzrost wartości mienia wskutek modernizacji, inwestycji itp. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem ukończenia modernizacji lub inwestycji, z dniem przyjęcia składnika mienia do ewidencji, bądź też z dniem przejścia na Ubezpieczonego ryzyka przypadkowej utraty (zniszczenia, uszkodzenia) w zależności, która z tych sytuacji zajdzie wcześniej.

Roczny limit automatycznego pokrycia: do kwoty 10 000 000,00 zł

Terminy zgłaszania: 30 dni po zakończeniu okresu ubezpieczenia

Zasady rozliczania: Z tytułu objęcia mienia automatycznym ubezpieczeniem w terminie do 14 dni od daty zgłoszenia przez ubezpieczającego faktu wejścia w posiadanie mienia ubezpieczający zapłaci ubezpieczycielowi składkę obliczoną w następujący sposób:

- jeżeli zwiększenie sumy ubezpieczenia nastąpiło w I półroczu objętym polisą roczną – w wysokości 3/4 stawki rocznej liczonej od wartości zwiększenia,
- jeżeli zwiększenie sumy ubezpieczenia nastąpiło w II półroczu objętym polisą roczną - w wysokości 1/4 stawki rocznej liczonej od wartości zwiększenia.

Klauzula nr 4 /Rozliczenia składek/ nie ma zastosowania.

### **KLAUZULA nr 3**

#### **/KLAUZULA ROZLICZENIA SKŁADEK/**

*Z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą, postanowień umowy ubezpieczenia, w tym określonych we wniosku i ogólnych (szczególnych) warunkach ubezpieczenia strony uzgodniły, że:* Wszelkie płatności powstałe na tle niniejszej umowy ubezpieczenia (wynikające w szczególności

z konieczności dopłaty składek, zwrotu składek oraz innych rozliczeń) dokonywane będą w systemie pro rata za każdy dzień ochrony ubezpieczeniowej.

### **KLAUZULA nr 4**

#### **/KLAUZULA WARUNKÓW I TARYF/**

*Z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą, postanowień umowy ubezpieczenia, w tym określonych we wniosku i ogólnych (szczególnych) warunkach ubezpieczenia strony uzgodniły,*

### CZEŚĆ B – ZAKRES OFERTY

W ramach niniejszego postępowania składamy ofertę ubezpieczenia na:

- a) ubezpieczenie mienia od ognia i innych zdarzeń losowych (żywiolów),
- b) ubezpieczenie mienia od kradzieży z włamaniem i rabunku oraz ubezpieczenie szyb i innych przedmiotów od stłuczenia,
- c) obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
- d) obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych,
- e) ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków powstałych w związku z ruchem pojazdów mechanicznych,
- f) ubezpieczenie autocasco, assistance / udzielenie natychmiastowej pomocy w przypadku kolizji, awarii, kradzieży/.

TAK / NIE

### CZEŚĆ C – ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZA OFERTY

Załącznikami do niniejszego Formularza są:

Załącznik nr 1 – Informacje dotyczące ubezpieczenia mienia od ognia i innych zdarzeń losowych (żywiolów);

Załącznik nr 2 – Informacje dotyczące ubezpieczenia mienia od kradzieży z włamaniem i rabunku oraz ubezpieczenie szyb i innych przedmiotów od stłuczenia,

Załącznik nr 3 – Informacje dotyczące obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą;

Załącznik nr 4 - Informacje dotyczące obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych,

Załącznik nr 5 – Informacje dotyczące ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków powstałych w związku z ruchem pojazdów mechanicznych,

Załącznik nr 6 – Informacje dotyczące ubezpieczenia autocasco.

Załącznik nr 7 – Oświadczenie w trybie art. 44 ustawy Prawo zamówień publicznych.

Załącznik nr 7a – Oświadczenie w trybie art. 24 ustawy Prawo zamówień publicznych.

Załącznik nr 8 - aktualny odpis z właściwego rejestru np. wypis z Krajowego Rejestru Sądowego, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert;

Załącznik nr 9 kopia zezwolenia właściwego organu na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie tożsamym z przedmiotem zamówienia, lub gdy na podstawie odrębnych przepisów zezwolenie nie jest wymagane, zaświadczenie właściwego organu nadzoru, że wykonawca prowadzi działalność ubezpieczeniową w wymaganym zakresie lub oświadczenie organu uprawnionego do reprezentowania wykonawcy, że wykonawca prowadzi działalność ubezpieczeniową w wymaganym zakresie i nie jest konieczne posiadanie przez niego zezwolenia wraz z przytoczeniem podstawy prawnej

Załącznik nr 10 Oryginał lub poświadczona przez Wykonawcę za zgodność z oryginałem kopia dokumentów, z których wynika umocowanie do występowania w imieniu i na rzecz Wykonawcy;

Załącznik nr 11 – Ogólne warunki ubezpieczenia, które będą miały zastosowanie do poszczególnych ubezpieczeń;

CZEŚĆ D – OKRES UBEZPIECZENIA:

Okres ubezpieczenia wynosi 12 miesięcy: od 01.04.2012r. do 31.03.2013 r.

CZEŚĆ E– CENA ZA REALIZACJĘ ZAMÓWIENIA:

Łączna cena za realizację zamówienia w całym okresie ubezpieczenia

- a. ubezpieczenie mienia od ognia i innych zdarzeń losowych (żywołów);
- b. ubezpieczenie mienia od kradzieży z włamaniem i rabunku oraz ubezpieczenie szyb i innych przedmiotów od stłuczenia,
- c. obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
- d. obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych,
- e. ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków powstałych w związku z ruchem pojazdów mechanicznych,
- f. ubezpieczenie autocasco. assistance / udzielenie natychmiastowej pomocy w przypadku kolizji, awarii, kradzieży/.

Składka za 12 miesięczny okres ubezpieczenia wynosi:

(składka za ubezpieczenie z pkt. a+ składka za ubezpieczenie z pkt. b+ składka za ubezpieczenie z pkt. c + składka za ubezpieczenie z pkt. d+ składka za ubezpieczenie z pkt. e+ składka za ubezpieczenie z pkt. f = składka za całość ubezpieczenia

_____ + _____ + _____ +
_____ + _____ + _____ +
=
_____ <b>PLN</b>
Słownie _____ złotych
_____ groszy

CZEŚĆ F– TERMINY PŁATNOŚCI SKŁADKI:

Składka ubezpieczeniowa zostanie opłacona w postaci 12 równych rat, płatnych co miesiąc do ostatniego dnia każdego miesiąca.

.....  
(data, podpisy i pieczętki uprawnionych reprezentantów  
lub upelnomocnionych przedstawicieli Wykonawcy)

**ZALĄCZNIK NR 3**  
**(do Formularza Oferty)**

**Informacje dotyczące obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą**

Ogólne Warunki Ubezpieczenia mające zastosowanie w ubezpieczeniu (podać rodzaj warunków ubezpieczenia

i datę uchwalenia/wejścia w życie):

.....  
.....  
.....

**Obowiązkowe Ubezpieczenie Odpowiedzialności Cywilnej:**

**1) Przedmiot i zakres ubezpieczenia:**

Ubezpieczeniem objęta jest odpowiedzialność cywilna podmiotu wykonującego działalność leczniczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, wyrządzone działaniem lub zaniechaniem ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, 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). W szczególności zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, przeniesienie chorób zakaźnych i zakażeń, w tym zakażeń wirusem HIV i wirusami hepatotropowymi powodującymi WZW, uszkodzenie ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta albo śmierci pacjenta będącego następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną: diagnozy, jeżeli powodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby; leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego; zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego.

**2) Suma gwarancyjna:**

**100 000 euro** na jedno zdarzenie i **500 000 euro** na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia,

**Składka za 12 miesięczny okres ubezpieczenia wynosi:**

_____ PLN
Słownie _____ złotych _____ groszy

.....  
(podpisy i pieczętki uprawnionych reprezentantów  
lub upoważnionych przedstawicieli Wykonawcy