

Szpital Powiatowy w Kętrzynie
ul. Marii Curie Skłodowskiej 2
11-400 Kętrzyn

Do wszystkich Wykonawców postępowania nr 11/PN/2016

Nasz znak: 11/PN/2016

dotyczy: postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego nr 11/PN/2016 w trybie przetargu nieograniczonego na: „**KOMPLEKSOWE USŁUGI UBEZPIECZENIOWE SZPITALA POWIATOWEGO W KĘTRZYNIE**”

W nawiązaniu do prowadzonego przez Zamawiającego: Szpital Powiatowy w Kętrzynie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego realizowanego w trybie przetargu nieograniczonego pt: „**KOMPLEKSOWE USŁUGI UBEZPIECZENIOWE SZPITALA POWIATOWEGO W KĘTRZYNIE**”, znak postępowania 11/PN/2016, Zamawiający w trybie art. 38 ust. 1 ustawy PZP udziela wyjaśnień do SIWZ o następującej treści:

Wykonawca nr 1

Prosimy o potwierdzenie, że w odniesieniu do ryzyka zapadania i osuwania się ziemi Zamawiający oczekuje ochrony wskutek zapadania i osuwania się ziemi, nie spowodowanego działalnością człowieka.
Odpowiedź: Zamawiający wyjaśnia, że w odniesieniu do ryzyka zapadania i osuwania się ziemi oczekuje ochrony wskutek zapadania i osuwania się ziemi z jakiegokolwiek przyczyny, w tym również spowodowanego i niespodziewanego działalnością człowieka.

Wykonawca nr 2

Zadanie I

Ubezpieczenie mienia od wszystkich ryzyk / opis przedmiotu zamówienia (załącznik 7 do SIWZ)

1/ 1.2. prosimy o wprowadzenie limitu dla ryzyka *katastrofy budowlanej* w wysokości 1.000.000,00 zł na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia

Odpowiedź: Zamawiający nie wyraża zgody.

2/ 1.2. prosimy wprowadzenie limitu dla ryzyka *zalania wodą powstałą w wyniku topnienia mas śniegu lub lodu i powstałe w wyniku rozszczelnienia dachu wskutek zamarzania wody* w wysokości 50.000,00 zł na jedno i 100.000,00 zł na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia

Odpowiedź: Zamawiający wyraża zgodę.

3/ 21. Prosimy o wykreślenie z treści Klauzuli przeoczenia winy umyślnej.

Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą, postanowień umowy ubezpieczenia określonych we wniosku i OWU strony uzgodniły dopuszczenie możliwości przeoczenia istotnych informacji o zmianach okoliczności powodujących wzrost ryzyka ubezpieczeniowego i niedostarczenia ich w wymaganym terminie ubezpieczycielowi.

Jeżeli przeoczenie nie będzie skutkiem ~~winy umyślnej~~ (lub rażącego niedbalstwa) ubezpieczającego, to nie będzie to miało negatywnego wpływu na ochronę ubezpieczeniową, a w szczególności nie będzie podstawą odmowy wypłaty odszkodowania lub jego ograniczenia. Oczywiście pod warunkiem uzupełnienia brakującej informacji niezwłocznie po stwierdzeniu przeoczenia. Limit 20 000,00 PLN.

Odpowiedź: Zamawiający wyraża zgodę na wykreślenie z treści Klauzuli przeoczenia winy umyślnej.

4/ 33. prosimy o wykreślenie z zakresu ubezpieczenia *Klauzuli Szkód Spowodowanych Przerwą w Dostawie Mediów*

Odpowiedź: Zamawiający nie wyraża zgody.

5/ 37. prosimy o wykreślenie z zakresu ubezpieczenia *Klauzuli likwidacji szkód drobnych.*

Odpowiedź: Zamawiający nie wyraża zgody, jednocześnie przypomina, że jest to klauzula fakultatywna.

6/ Prosimy o zmianę terminu realizacji.

Ubezpieczenie mienia od wszystkich ryzyk:

Prosimy o skrócenie terminu świadczenia usług będących przedmiotem zamówienia do 36 miesięcy tj.: od 01-07-2016 do 30-06-2019 albo wprowadzenie *Klauzuli wypowiedzenia zgodnej z poniższą treścią.*

Odpowiedź: Zamawiający wyraża zgodę na skrócenie terminu świadczenia usług będących przedmiotem zamówienia do 36 miesięcy tj.: od 01-07-2016 do 30-06-2019.

Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej (pozamedyczne)

Prosimy o skrócenie terminu świadczenia usług będących przedmiotem zamówienia do 34 miesięcy tj.: od 01-09-2016 do 30-06-2019 albo wprowadzenie *Klauzuli wypowiedzenia o treści:*

Odpowiedź: Zamawiający wyraża zgodę na skrócenie terminu świadczenia usług będących przedmiotem zamówienia do 34 miesięcy tj.: od 01-09-2016 do 30-06-2019

Klauzula wypowiedzenia umowy przez Strony:

1. Każda ze stron może wypowiedzieć umowę z zachowaniem 3 miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec pierwszego lub drugiego okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że Ubezpieczyciel może tego dokonać, jeżeli na koniec 8 miesiąca pierwszego lub 8 miesiąca drugiego okresu ubezpieczenia wskaźnik szkodowości przekroczy 40%
2. Wskaźnik szkodowości ustala się jako stosunek wypłaconych odszkodowań i założonych rezerw na odszkodowania, odpowiednio:
 - na koniec 8 miesiąca pierwszego okresu ubezpieczenia - za okres 8 pierwszych go okresu ubezpieczenia
 - na koniec 8 miesiąca drugiego okresu ubezpieczenia - za okres 12 miesięcy pierwszego su ubezpieczenia i 8 pierwszych miesięcy drugiego okresu ubezpieczenia.
3. Dla celów niniejszej klauzuli rozumie się :
 - przez pierwszy okres ubezpieczenia - pierwsze 12 miesięcy trwania umowy;
 - przez drugi okres ubezpieczenia - 12 miesięcy następujące po pierwszym okresie ubezpieczenia.

Odpowiedź: Zamawiający nie wyraża zgody na wprowadzenie klauzuli wypowiedzenia.

Zadanie II – obowiązkowe ubezpieczenie OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą:

1/ w związku z 2 letnim okresem ubezpieczenia prosimy o skrócenie okresu trwania umowy do 12 miesięcy albo o wprowadzenie klauzuli wypowiedzenia o treści:

Klauzula wypowiedzenia umowy przez Strony

1. Każda ze stron może wypowiedzieć umowę z zachowaniem 3 miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec pierwszego okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że Ubezpieczyciel może tego dokonać, jeżeli wskaźnik szkodowości, o którym mowa w ust. 2, z tytułu danej umowy ubezpieczenia na koniec 8 miesiąca pierwszego okresu ubezpieczenia przekroczy 40%.
2. Wskaźnik szkodowości ustala się jako stosunek wypłaconych odszkodowań i założonych rezerw na odszkodowania za 8 miesięcy pierwszego okresu ubezpieczenia do składki należnej za tożsamy okres ubezpieczenia.

3. Dla celów niniejszej klauzuli przez pierwszy okres ubezpieczenia rozumie się pierwsze 12 miesięcy trwania umowy.

Odpowiedź: Zamawiający nie wyraża zgody na skrócenie okresu trwania umowy do 12 miesięcy ani na wprowadzenie klauzuli wypowiedzenia o powyższej treści.

2/ 2. prosimy o wykreślenie z zakresu ubezpieczenia Klauzuli prewencyjnej.

Odpowiedź: Zamawiający nie wyraża zgody, jednocześnie przypomina, że jest to klauzula fakultatywna.

Zadanie III – Ubezpieczenie komunikacyjne

1/ prosimy o zmianę zapisu dotyczącego Ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków SU – 20 000,00 PLN w przeliczeniu na każde miejsce w pojeździe na NNW kwotowane na jeden pojazd.

Odpowiedź: Zamawiający nie wyraża zgody.

Prosimy o przedłużenie terminu składania ofert do 09.05.2016 r

Odpowiedź: Zamawiający wyraża zgodę na przesunięcie terminu składania ofert na 10-05-2016 r., godzina bez zmian.

Szpital Powiatowy w Kętrzynie
11-400 Kętrzyn, ul.M.C. Skłodowskiej 2
Tel. 89 754 25 02, Fax. 89 751 37 97
Regon 510929362, NIP 742-18-36-030
KSIĘGA REJESTROWA 28-00361
Szpital Powiatowy w Kętrzynie 01

DYREKTOR
Szpitala Powiatowego w Kętrzynie

dr n. med. Krzysztof Tytman