

## OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

### I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Przedmiotem zamówienia jest ubezpieczenie na życie pracowników Zamawiającego oraz członków ich rodzin.
2. Opisany poniżej zakres ochrony i wymagania to warunki minimalne. Jeżeli w oferowanych ogólnych warunkach ubezpieczenia znajdują się zapisy korzystniejsze dla Zamawiającego lub Ubezpieczonych i nie zostanie wyraźnie zastrzeżone przez Wykonawcę, że nie będą one mieć zastosowania, to zostają automatycznie włączone do ubezpieczenia.
3. W kwestiach nieuregulowanych w SWZ będą miały zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia Wykonawcy, złożona przez niego oferta oraz odpowiednie przepisy prawa.
4. Nie dopuszcza się wyłączenia ochrony ubezpieczeniowej ze względu na zachorowanie na COVID-19.

### II. UBEZPIECZENI

1. Do ubezpieczenia może przystąpić każdy pracownik Zamawiającego bez względu na formę zatrudnienia oraz bez względu na wiek. Strukturę wiekowo-płciową wszystkich pracowników Zamawiającego (178 osób) zawiera Załącznik nr 1 B do SWZ – Struktura pracowników.
2. Do ubezpieczenia mogą przystępować również członkowie rodzin pracowników, niezależnie od ich liczby, z zastrzeżeniem, że członek rodziny danego pracownika może przystąpić do ubezpieczenia, jeżeli do ubezpieczenia przystąpił także sam pracownik.
3. Przez członków rodziny pracownika rozumie się jego małżonka lub partnera życiowego oraz pełnoletnie dzieci.
4. Wykonawca może określić górną granicę wieku członka rodziny, która uprawnia go do przystąpienia, jednak nie niższą niż 69 r.ż. Wykonawca może zaoferować wyższy limit wieku, co będzie podlegać ocenie zgodnie z kryteriami oceny ofert.
5. Wykonawca nie będzie stosować żadnych ograniczeń w zakresie ubezpieczenia i wypłacie świadczeń ze względu na wiek ubezpieczonych osób.
6. Wszystkie osoby spełniające ustalone kryteria dotyczące wieku w momencie obejmowania ubezpieczeniem mogą pozostawać ubezpieczone do końca trwania umowy ubezpieczenia.
7. Osoby, które przestały być członkami grupy mogą pozostawać nadal ubezpieczone przez jeden kolejny miesiąc, pod warunkiem opłacenia składki za ten miesiąc.

### III. PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczenie jest dobrowolne. Osoby spełniające kryterium przynależności do grupy mogą w dowolnym momencie trwania umowy przystępować do ubezpieczenia lub rezygnować z ubezpieczenia.
2. Zamawiający nie może zagwarantować, że wszyscy pracownicy skorzystają z możliwości przystąpienia do ubezpieczenia. W obecnie funkcjonującym ubezpieczeniu grupowym na życie uczestniczą aktualnie 173 osoby: 128 pracowników i 45 członków rodzin.
3. Każdy pracownik może dokonać swobodnego wyboru jednego z dwóch zakresów ubezpieczenia, w ramach którego chce być ubezpieczony. Wykonawca może wymagać aby członek rodziny mógł przystąpić tylko do tego samego zakresu, co pracownik.

4. Ubezpieczony może dokonać zmiany wybranego zakresu ubezpieczenia w dowolnym momencie roku polisowego, z zastrzeżeniem, że w przypadku zmiany wybranego zakresu w trakcie roku polisowego Wykonawca może zastosować karencje na różnicę świadczeń oraz sum ubezpieczenia na poszczególne świadczenia (o ile w docelowym zakresie sumy są wyższe).
5. Poszczególne zakresy ubezpieczenia będą funkcjonować, bez względu na to ilu pracowników Zamawiającego lub członków ich rodzin zdecyduje się do nich przystąpić.
6. Wykonawca nie będzie wymagał wypełniania przez pracowników przystępujących do ubezpieczenia oraz w całym okresie ubezpieczenia żadnych ankiet medycznych, ani w inny sposób nie będzie zadawać pytań odnośnie stanu ich zdrowia przy przystąpieniu do ubezpieczeniu. Wykonawca może wymagać wypełnienia oświadczenia o stanie zdrowia jedynie przez dotychczas nieubezpieczonych członków rodzin pracowników.
7. Wykonawca przyjmie do ubezpieczenia bez ograniczeń ochrony oraz bez oceny ryzyka ubezpieczeniowego także osoby przebywające w szpitalach, na zwolnieniach lekarskich, urloпах macierzyńskich, wychowawczych, bezpłatnych, uznane za czasowo niezdolne do pracy, jeżeli są one ubezpieczone w dotychczas funkcjonującej u Zamawiającego umowie grupowego ubezpieczenia na życie i zachowana zostanie ciągłość ubezpieczenia.
8. Przystępowanie i występowanie odbywa się ze skutkiem na pierwszy dzień kolejnego miesiąca.
9. Zaproponowane przez wybranego Wykonawcę w ofercie warunki ubezpieczenia będą obowiązujące o ile przynajmniej 120 pracowników Zamawiającego zdecyduje się na przystąpienie do ubezpieczenia w okresie pierwszych 3 miesięcy od daty początku obowiązywania umowy. Wykonawca może w ofercie zaproponować niższy próg partycypacyjny.

#### **IV. SKŁADKA**

1. Składka na ubezpieczenie będzie finansowana przez pracowników. Każdy pracownik przystępując do ubezpieczenia wyrazi zgodę na comiesięczne potrącanie przez Zamawiającego, z jego wynagrodzenia lub innych wypłat, środków na opłacenie składki za ubezpieczenie swoje i członków swojej rodziny zgłoszonych do ubezpieczenia.
2. Zamawiający będzie przekazywać składkę potrąconą w danym miesiącu przelewem na konto Wykonawcy.
3. Wykonawca dopuści możliwość przelania składki bezpośrednio na konto Wykonawcy przez ubezpieczonych pracowników, którzy okresowo nie mogą mieć dokonanego potrącenia składki przez Zamawiającego (np. osoby przebywające na urlopie wychowawczym).
4. Składka opłacana będzie z góry, do 3 dnia miesiąca za który jest należna.
5. Wykonawca wyraża zgodę, aby pierwsza składka została opłacona do końca miesiąca za który jest należna. Nie będzie to miało wpływu na początek ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez Wykonawcę, jednak Wykonawca w takim przypadku może wstrzymać wypłaty świadczeń do czasu otrzymania całej należnej składki.
6. Za datę płatności składki uważa się datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego, pod warunkiem, że na rachunku znajdowała się wystarczająca ilość środków.
7. Brak zapłaty składki w wyznaczonym terminie nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, zawieszenia odpowiedzialności ani rozwiązania umowy pod warunkiem, że brakująca składka za ubezpieczenie grupowe zostanie przekazana do końca miesiąca za który jest należna. W przypadku braku składki do końca miesiąca, odpowiedzialność na polisie może zostać zawieszona, a Wykonawca w takim przypadku wzywa Zamawiającego do uzupełnienia zaległości wskazując, co najmniej 14-dniowy dodatkowy termin zapłaty składki oraz informując o skutku nieprzekazania składki. Po uregulowaniu zaległej składki odpowiedzialność zostaje wznowiona i Wykonawca wypłaca świadczenia za okres zawieszenia.

8. Wykonawca zobowiązany jest zawiadomić Zamawiającego o nadpłacie lub niedopłacie składki do końca miesiąca za który jest należna.
9. Miesięczna wysokość składki za jedną osobę (cena maksymalna) nie może być wyższa niż:
  - a) 63,00 zł w zakresie I,
  - b) 79,00 zł w zakresie II,

## **V. WYMAGANY ZAKRES UBEZPIECZENIA**

### **1. Śmierć Ubezpieczonego.**

Świadczenie należne uposażonemu z tytułu śmierci Ubezpieczonego nie jest pomniejszane o kwoty wcześniej wypłaconych Ubezpieczonemu innych świadczeń, za wyjątkiem świadczenia z tytułu choroby śmiertelnej, jeśli zostanie zaoferowane.

Świadczenie z tytułu śmierci może nie zostać wypłacone jeśli wcześniej nieubezpieczona osoba popełni samobójstwo w czasie pierwszych 6 miesięcy od daty objęcia jej ochroną ubezpieczeniową. Jeżeli śmierć nastąpiła w wyniku samobójstwa, a osoba była wcześniej ubezpieczona, to Wykonawca zaliczy do okresu wyłączenia odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku samobójstwa staż Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy grupowego ubezpieczenia na życie którą Ubezpieczony był objęty, z zastrzeżeniem konieczności zachowania ciągłości ochrony i możliwością ograniczenia wysokości świadczenia przez okres pierwszych 6 miesięcy ochrony ubezpieczeniowej do kwoty określonej w poprzedniej umowie.

### **2. Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.**

Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli nieszczęśliwy wypadek miał miejsce w okresie odpowiedzialności Wykonawcy lub poprzedniego Ubezpieczyciela, śmierć zaistniała w okresie odpowiedzialności Wykonawcy i z medycznego punktu widzenia istniał związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego. Nie uzależnia się wypłaty świadczenia od długości okresu pomiędzy śmiercią, a nieszczęśliwym wypadkiem będącym jej przyczyną.

### **3. Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy .**

Wypadek przy pracy jest to nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności albo poleceń w ramach istniejącego stosunku pracy i został zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP. Za wypadek przy pracy uznaje się także taki, który miał miejsce w czasie podróży służbowej. Nie dopuszcza się możliwości ograniczenia odpowiedzialności z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku przy pracy w stosunku do osób, które nie są pracownikami Zamawiającego (ubezpieczonych członków rodzin pracowników). W takim przypadku wystąpienie wypadku przy pracy zostanie potwierdzone protokołem BHP wystawionym przez pracodawcę ubezpieczonego członka rodziny lub innym oficjalnie obowiązującym dokumentem (np. w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą).

### **4. Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego.**

Nieszczęśliwy wypadek, któremu Ubezpieczony uległ jako pieszy, rowerzysta, pasażer lub kierujący pojazdem, również bez udziału innych pojazdów, w transporcie lądowym, lotniczym lub wodnym. Za pojazdy lądowe uważa się także pojazdy jednośladowe, rowery i hulajnogi.

### **5. Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy.**

Prawo do świadczenia przysługuje ubezpieczonemu jeśli Ubezpieczony ulegnie wypadkowi komunikacyjnemu podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego czynności służbowych i wypadek ten został zakwalifikowany jako wypadek przy pracy.

### **6. Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu.**

Prawo do świadczenia przysługuje, jeśli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w okresie odpowiedzialności Wykonawcy, data rozpoznania zawału serca lub udaru mózgu wskazana w diagnozie lekarskiej miała miejsce w okresie odpowiedzialności Wykonawcy lub poprzedniego Ubezpieczyciela, i z medycznego punktu widzenia istniał związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu a śmiercią Ubezpieczonego. Nie uzależnia się wypłaty świadczenia od długości okresu pomiędzy śmiercią, a zdarzeniem będącym jej przyczyną.

7. Trwały uszczerbek na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku.

Trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji. Świadczenie płatne jest za każdy 1% uszczerbku od co najmniej pierwszego procentu uszczerbku. Prawo do świadczenia przysługuje za maksymalnie 100% przyznanego uszczerbku. Określenie uszczerbku na zdrowiu nie może być warunkowane metodą leczenia podjętą przez lekarza, np. warunkowanie wypłaty świadczenia do zastosowania leczenia przy użyciu gipsu lub stabilizatora.

8. Trwały uszczerbek na zdrowiu na skutek udaru mózgu lub zawału serca.

Świadczenie płatne jest za każdy 1% uszczerbku od co najmniej pierwszego procentu uszczerbku. Prawo do świadczenia przysługuje za maksymalnie 100% przyznanego uszczerbku.

9. Poważne zachorowanie Ubezpieczonego

- a) Wykonawca przyjmuje odpowiedzialność za każde wymienione w katalogu stanów chorobowych poważne zachorowanie, zabieg lub operację, które miało miejsce w okresie jego odpowiedzialności, o ile nie istnieje związek przyczynowo-skutkowy z innym poważnym zachorowaniem, za które Wykonawca wypłacił już świadczenie w okresie ubezpieczenia, bez względu na liczbę poważnych zachorowań i ich częstotliwość.
- b) Minimalny katalog poważnych zachorowań powinien zawierać minimum 25 jednostek chorobowych, w tym obligatoryjnie:
  - 1) Udar mózgu,
  - 2) Zawał serca,
  - 3) Niewydolność nerek,
  - 4) Zabieg chirurgiczny pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass),
  - 5) Nowotwór złośliwy,
  - 6) Zażenie wirusem HIV – transfuzyjne i zawodowe,
  - 7) Operacja aorty,
  - 8) Przeszczep narządu,
  - 9) Wszczepienie protezy zastawki serca,
  - 10) Całkowita i nieodwracalna utrata mowy,
  - 11) Całkowita, obustronna i nieodwracalna utrata słuchu,
  - 12) Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku,
  - 13) Łagodne guzy mózgu,
  - 14) Ciężkie oparzenia,
  - 15) Stwardnienie rozsiane,
  - 16) Śpiączka,
  - 17) Wymiana zastawki serca,
  - 18) Paraliż,
  - 19) Niedokrwistość aplastyczna,
  - 20) Sepsa,
  - 21) Utrata kończyn,

- 22) Choroba Alzheimera przed 65 rokiem życia,
- 23) Choroba Parkinsona,
- 24) Choroba Creutzfeldta-Jacoba,
- 25) Piorunujące wirusowe zapalenie wątroby.

10. Operacja chirurgiczna Ubezpieczonego.

- a) Świadczenie płatne z tytułu poddania się operacji chirurgicznej na terytorium całego świata.
- b) Dopuszcza się podział operacji na klasy, w zależności od stopnia ich skomplikowania.
- c) Wypłata świadczenia za poddanie się najcięższej (najbardziej skomplikowanej) operacji wynosi 100%.
- d) Wypłata świadczenia za poddanie się najlżejszej (najmniej skomplikowanej) operacji nie może wynosić mniej niż 5%.
- e) Dopuszcza się ograniczenie odpowiedzialności Wykonawcy w stosunku do danego Ubezpieczonego w ciągu roku polisowego, do wypłaty świadczenia w wysokości 200% świadczenia za najcięższą operację. Jeśli suma poszczególnych świadczeń z tytułu poddania się Operacji chirurgicznej przez danego Ubezpieczonego miałyby przekroczyć 200% świadczenia za najcięższą operację, ostatnie świadczenie zostanie pomniejszone w taki sposób, aby suma świadczeń w danym roku polisowym nie przekroczyła tego limitu.
- f) Wykonawca przyjmuje odpowiedzialność za każdą operację, która została przeprowadzona w okresie ubezpieczenia. Świadczenie jest wypłacane niezależnie od tego w jakim czasie od nieszczęśliwego wypadku miała miejsce operacja chirurgiczna i w jakim czasie zostało zdiagnozowane schorzenie będące przyczyną operacji oraz jak długo Ubezpieczony przebywał w szpitalu, jeżeli operacja miała miejsce w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Wysokość wypłaconego świadczenia nie może być zależna od metody, jaką dokonano operacji.
- g) Jeżeli katalog operacji stosowany przez Wykonawcę ma charakter zamknięty, wykaz operacji powinien zawierać przynajmniej 500 pozycji.
- h) W przypadku przeprowadzenia ponownie tej samej operacji lub przeprowadzenia kolejnej operacji z tytułu tego samego zdarzenia (reoperacja) w okresie 60 dni od pierwszej operacji, Wykonawca wypłaci świadczenie za tę operację, która ujęta będzie w katalogu operacji jako cięższa. W przypadku, gdy druga lub kolejna operacja będzie bardziej skomplikowana, Wykonawca dopłaci różnicę świadczeń pomiędzy: świadczeniem za poddanie się operacji bardziej skomplikowanej i świadczeniem za pierwszą mniej skomplikowaną operację.
- i) Wykonawca nie może stosować powyższego ograniczenia odpowiedzialności, do jednej operacji przeprowadzonej w okresie 60 dni lub innym, jeżeli druga operacja nie była spowodowana tym samym zdarzeniem (chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem).

11. Pobyt w szpitalu – dzienne świadczenie wypłacane za każdorazowy pobyt w szpitalu na terytorium RP i przynajmniej państw Unii Europejskiej. Świadczenie płatne za pobyt trwający nieprzerwanie minimum 2 dni (jedna zmiana daty) w przypadku pobytu spowodowanego chorobą lub 1 dzień (bez zmiany daty) w przypadku nieszczęśliwego wypadku. Po przekroczeniu tego terminu, świadczenie wypłacane jest za każdy dzień począwszy od pierwszego dnia pobytu w szpitalu.

- a) Maksymalny okres pobytu w szpitalu, za który wypłacane jest świadczenie musi wynosić przynajmniej 180 dni w roku polisowym. Jako dzień pobytu w szpitalu uznawany jest każdy rozpoczęty dzień pobytu na oddziale szpitalnym. Dzień przyjęcia i wypisu liczą się jako dni pełne. Wykonawca nie może wprowadzać ograniczenia liczby pobytów w

szpitalu i ograniczenia ze względu na rodzaj oddziału na którym przebywał Ubezpieczony.

- b) Świadczenie jest wypłacane niezależnie od tego w jakim czasie od nieszczęśliwego wypadku miał miejsce pobyt w szpitalu i w jakim czasie zostało zdiagnozowane schorzenie będące przyczyną pobytu, jeżeli pobyt w szpitalu miał miejsce w okresie ubezpieczenia.
- c) Świadczenie wypłacane jest także jeżeli Ubezpieczona przebywała na oddziale patologii ciąży w związku z zagrożeniem swojego życia lub nienarodzonego dziecka.
- d) W przypadku pobytów w związku z rehabilitacją Wykonawca ponosi odpowiedzialność w związku z pierwszym pobytom w szpitalu Ubezpieczonego z powodu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, jeśli pobyt ten rozpoczął się nie później niż 6 miesięcy po zakończeniu objętego ochroną pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, związanego z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą.
- e) Świadczenie wypłacane jest także za pobyt w szpitalu rozpoczęty przed odpowiedzialnością Wykonawcy, jeżeli Ubezpieczony był wcześniej Ubezpieczony i zachował ciągłość ubezpieczenia. Świadczenie wypłacane jest za te dni pobytu w szpitalu, które miały miejsce w okresie odpowiedzialności Wykonawcy, jeżeli łączny pobyt trwał wymaganą minimalną liczbę dni.

12. Pobyt w szpitalu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu.

Podwyższone świadczenie wypłacane przez pierwsze 14 dni pobytu w szpitalu. Świadczenie wypłacane od 15 dnia nie może być niższe niż świadczenie podstawowe wypłacane za pobyt w szpitalu z tytułu choroby.

13. Pobyt w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku / wypadku komunikacyjnego/ wypadku przy pracy/ wypadku komunikacyjnego przy pracy.

Podwyższone świadczenie za pobyt w szpitalu z tytułu nieszczęśliwego wypadku lub nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego lub wypadku przy pracy lub wypadku komunikacyjnego przy pracy wypłacane przez pierwsze 14 dni pobytu w szpitalu. Świadczenie wypłacane od 15 dnia nie może być niższe niż świadczenie podstawowe wypłacane za pobyt w szpitalu z tytułu choroby.

14. Śmierć małżonka lub partnera życiowego.

Świadczenie z tytułu śmierci partnera życiowego nie zgłoszonego do ubezpieczenia jako członek rodziny, zostanie wypłacone jeżeli partner życiowy zostanie wskazany przez Ubezpieczonego w pisemnym oświadczeniu (deklaracji przystąpienia) lub zostanie udokumentowane prowadzenie wspólnego gospodarstwa.

15. Śmierć małżonka lub partnera życiowego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

Świadczenie z tytułu śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku partnera życiowego nie zgłoszonego do ubezpieczenia jako członek rodziny, zostanie wypłacone jeżeli partner życiowy zostanie wskazany przez Ubezpieczonego w pisemnym oświadczeniu (deklaracji przystąpienia) lub zostanie udokumentowane prowadzenie wspólnego gospodarstwa.

16. Śmierć dziecka.

Świadczenie z tytułu śmierci dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Ubezpieczonego (jeżeli nie żyje ojciec lub matka), które nie ukończyło 25 roku życia lub bez względu na wiek w razie jego całkowitej niezdolności do pracy.

17. Śmierć dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

Świadczenie z tytułu śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Ubezpieczonego (jeżeli nie żyje ojciec lub matka), które nie ukończyło 25 roku życia lub bez względu na wiek w razie jego całkowitej niezdolności do pracy.

18. Osierocenie dziecka.

Osierocenie dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Ubezpieczonego (jeżeli nie żyje ojciec lub matka), które nie ukończyło 25 roku życia lub bez względu na wiek w razie jego całkowitej niezdolności do pracy. Rozumiane jako jednorazowe świadczenie dla każdego dziecka Ubezpieczonego w pełnej wysokości określonej w umowie.

19. Śmierć rodziców Ubezpieczonego lub małżonka bądź partnera życiowego Ubezpieczonego.

Świadczenie z tytułu śmierci rodzica partnera życiowego nie zgłoszonego do ubezpieczenia jako członka rodziny, zostanie wypłacone jeżeli partner życiowy zostanie wskazany przez Ubezpieczonego w pisemnym oświadczeniu (deklaracji przystąpienia) lub zostanie udokumentowane prowadzenie wspólnego gospodarstwa.

20. Śmierć rodziców Ubezpieczonego lub małżonka bądź partnera życiowego Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

Świadczenie z tytułu śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku rodzica partnera życiowego nie zgłoszonego do ubezpieczenia jako członka rodziny, zostanie wypłacone jeżeli partner życiowy zostanie wskazany przez Ubezpieczonego w pisemnym oświadczeniu (deklaracji przystąpienia) lub zostanie udokumentowane prowadzenie wspólnego gospodarstwa.

21. Urodzenie dziecka.

Rozumiane także jako przysposobienie dziecka bez względu na jego wiek stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu. W przypadku ciąży mnogiej świadczenie w wysokości określonej w umowie ulega odpowiedniemu zwielokrotnieniu.

22. Urodzenie martwego dziecka.

W rozumieniu przepisów dotyczących porodów i urodzeń, jeżeli urodzenie nastąpiło po 22 tygodniu ciąży oraz zostało zarejestrowane.

23. Ryczałt na leki.

Świadczenie pieniężne na pokrycie kosztów nabycia przez Ubezpieczonego leków po pobycie w szpitalu. Wykonawca wypłaci świadczenie wraz z wypłatą świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu (przynajmniej 3 razy w roku polisowym). Wykonawca nie będzie wymagał od Ubezpieczonego przedstawienia rachunków lub recept na zakupione leki.

24. Leczenie specjalistyczne.

- a) Wykonawca wypłaci świadczenie z tytułu przeprowadzenia u Ubezpieczonego leczenia specjalistycznego obejmującego co najmniej jedną z następujących procedur medycznych: ablacja, chemioterapia, radioterapia, wszczepienie rozrusznika serca, terapia interferonowa, wszczepienie kardiowertera/defibrylatora.
- b) Wykonawca przyzna świadczenie za każde przeprowadzone u Ubezpieczonego leczenie specjalistyczne danego rodzaju w okresie ubezpieczenia. W przypadku przeprowadzenia chemioterapii i radioterapii, wypłata nastąpi za jedno leczenie, z tytułu tego leczenia, które zastosowano jako pierwsze.
- c) Niedopuszczalne jest uzależnianie zasadności wypłaty świadczenia z tytułu leczenia specjalistycznego od momentu zdiagnozowania choroby lub zajścia nieszczęśliwego wypadku. Wykonawca wypłaci świadczenie z tytułu leczenia specjalistycznego, jeżeli leczenie specjalistyczne zostanie rozpoczęte w okresie jego odpowiedzialności.

25. Ryczałt za pobyt na OIOM/OIT.

Wykonawca przyzna świadczenie jeżeli Ubezpieczony przebywał na OIOM lub OIT i nabył prawo do wypłaty świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu. Świadczenie może być jednorazowe (ryczałtowe) lub dzienne. W przypadku świadczenia dziennego okres wypłaty nie może być krótszy niż 14 dni.

26. Klauzula dożywotniej kontynuacji ubezpieczenia z gwarancją warunków.

- a) Wykonawca zagwarantuje prawo do dożywotniej indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia osobom, które przestały być członkami grupy, bez względu na ich wiek i stan zdrowia. Do oferty załączony zostanie z góry określony zakres ochrony ubezpieczeniowej oraz warunki ubezpieczenia, w tym składka,
- b) Dopuszczalne jest uwarunkowanie przez Wykonawcę prawa do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia odpowiednim okresem uczestniczenia danej osoby w ubezpieczeniu grupowym, z zastrzeżeniem, że wymóg ten nie może być większy niż 6 miesięcy oraz, że do wymaganego okresu zaliczane jest też uczestniczenie w innej, wcześniejszej umowie ubezpieczenia funkcjonującej u Zamawiającego, jeżeli zachowana zostanie ciągłość ochrony ubezpieczeniowej.
- c) Wykonawca zaproponuje dwa równocześnie funkcjonujące zakresy ubezpieczenia, różniące się zakresem i wysokością świadczeń.
- d) Miesięczna wysokość składki za jedną osobę nie może być wyższa niż składka w ubezpieczeniu grupowym.
- e) Ubezpieczony będzie miał prawo wybrać inną składkę w indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia niż opłacał w programie grupowym.
- f) Taryfa składki w indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia nie może być wyższa niż 10 zł za każdy 1 000 zł sumy ubezpieczenia.
- g) Minimalny zakres ochrony ubezpieczeniowej musi obejmować:
  - zgon ubezpieczonego w minimalnej wysokości 100% SU,
  - zgon ubezpieczonego w wyniku NW w minimalnej wysokości 200% SU,
  - trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku NW (proporcjonalny system wypłaty świadczenia – za każdy 1 % uszczerbku - 4 % sumy ubezpieczenia) w maksymalnej wysokości 400% SU za 100% uszczerbek.

27. W przypadku śmierci, trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego oraz trwałej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku nie jest dopuszczalne ograniczenie odpowiedzialności Wykonawcy za zdarzenia, które nastąpiły w wyniku następujących okoliczności:

- a) choroby lub zaburzenia psychicznego, ataku konwulsji, drgawek lub padaczki, zaburzenia zachowania, omdlenia, utraty przytomności;
- b) wypadku lotniczego, jeżeli osoba ubezpieczona podróżowała jako pasażer samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
- c) udziału osoby ubezpieczonej w amatorskich zajęciach sportowych lub zajęciach rekreacyjnych o ryzykownym charakterze.

28. Zamawiający wymaga, aby stosowane przez Wykonawcę ograniczenia odpowiedzialności związane z następstwami nieszczęśliwych wypadków spowodowanych udziałem w zajęciach rekreacyjnych, sportowych, hobbystycznych, etc. dotyczyło jedynie sportów uprawianych wyczynowo lub zawodowo (tj. w ramach sekcji lub klubów sportowych).

29. Wykonawca ponosi odpowiedzialność z tytułu zdarzeń wynikających z umowy ubezpieczenia także wtedy, gdy nieszczęśliwy wypadek powstał na skutek zamieszek, strajków lub aktów terrorystycznych, pod warunkiem, że Ubezpieczony nie brał czynnego udziału w tych działaniach.

30. Świadczenie z tytułu śmierci współubezpieczonego (małżonek, partner, rodzic, teść, dziecko) w wyniku samobójstwa nie jest należne, jeśli samobójstwo zostało popełnione przez współubezpieczonego w czasie pierwszych 6 miesięcy od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową.



**VI. KLAUZULE FAKULTATYWNE – ROZSZERZENIA ZAKRESU UBEZPIECZENIA (W RAMACH ZAOFEROWANEJ SKŁADKI) PODELEGAJĄCE OCENIE.**

- 1) Rozszerzenie listy poważnych zachorowań ponad wymagane minimum. Zaoferowanie chorób oczekiwanych przez Zamawiającego tj.: cukrzyca typu I (insulinozależna), borelioza, ciężki uraz głowy, przewlekła niewydolność oddechowa, będzie podlegało ocenie zgodnie z kryteriami oceny ofert.
- 2) Rozszerzenie procedur medycznych w leczeniu specjalistycznym ponad wymagane minimum.
- 3) Wydłużenie maksymalnej długości okresu pobytu w szpitalu, za który wypłacane jest świadczenie ponad wymagane minimum (120 dni).
- 4) Podwyższenie granicy wieku przystąpienia do ubezpieczenia małżonka lub partnera życiowego pracownika.
- 5) Skrócenie minimalnego wymaganego okresu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu z tytułu choroby.
- 6) Rozszerzenie zakresu terytorialnego pobytu w szpitalu na cały świat.
- 7) Wypłata świadczenia za pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w sytuacji, gdy Ubezpieczony w trybie nagłym został przyjęty do szpitala, ale przeprowadzona została tylko diagnostyka (wyłączone są sytuacje związane z planowanym pobytem w szpitalu celem wykonania diagnostyki).
- 8) Wypłata podwyższonej stawki z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku do 14 dni oraz powyżej 14 dni.
- 9) Rozszerzenie zakresu o świadczenie rekonwalescencyjne dla Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu w następstwie choroby lub NW. Świadczenie jest wypłacane niezależnie od tego w jakim czasie od nieszczęśliwego wypadku miał miejsce pobyt w szpitalu i w jakim czasie zostało zdiagnozowane schorzenie będące przyczyną pobytu, jeżeli pobyt w szpitalu miał miejsce w okresie ubezpieczenia. Świadczenie może być jednorazowe (ryczałtowe) w wysokości minimum 250 zł lub dzienne w wysokości minimum 45 zł. W przypadku świadczenia dziennego okres wypłaty nie może być krótszy niż 14 dni.
- 10) Wypłata świadczenia za pobyt w szpitalu związany z leczeniem chorób psychicznych (maksymalnie za 30 dni w roku ubezpieczeniowym).
- 11) Rozszerzenie zakresu terytorialnego poddania się operacji chirurgicznej na cały świat.
- 12) Wypłata świadczenia równej wysokości świadczenia za najlżejszą operację w przypadku przeprowadzenia operacji chirurgicznej nie ujętej w zamkniętym katalogu Wykonawcy.
- 13) Rozszerzenie katalogu operacji chirurgicznej o zabieg cesarskiego cięcia.
- 14) Wypłata świadczenia z tytułu rozpoznania u Ubezpieczonego choroby śmiertelnej w wysokości 50% sumy ubezpieczenia na życie. Wypłata świadczenia pomniejsza kwotę świadczenia z tytułu śmierci należnego uposażonym. Choroba śmiertelna rozumiana jest jako nieuleczalna choroba zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia i nie rokująca przeżycia przez ubezpieczonego okresu dłuższego niż 12 miesięcy od dnia zdiagnozowania.
- 15) Wypłata świadczenia z tytułu śmierci dziecka bez względu na jego wiek.
- 16) Świadczenie za uszczerbek na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku nie mający trwałego charakteru w wysokości 1%.
- 17) Świadczenie w wysokości 1 000 zł za wystąpienie nowotworu opisanego histopatologicznie jako stadium przedinwazyjne lub jako nowotwór *in situ*.
- 18) Rozszerzenie zakresu o nowe ryzyko: „ Trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub choroby do wysokości świadczenia 15 000 zł dla Zakresu I i 20 000 zł dla Zakresu II.

- 19) Rozszerzenie zakresu o usługi assistance obejmujące organizację świadczeń wyszczególnionych w OWU Wykonawcy należnych Ubezpieczonemu w skutek wystąpienia choroby lub nieszczęśliwego wypadku.
- 20) Możliwość zmiany wariantu ubezpieczenia przez osobę ubezpieczoną w rocznicę programu (rocznica polisy) bez stosowania karencji na nadwyżki świadczeń powstające w wyniku zmiany z zastrzeżeniem innych warunków programu grupowego ubezpieczenia na życie.
- 21) Zniesienie karencji dla pracowników przystępujących w rocznicę programu (rocznica polisy).
- 22) Skrócenie okresu karencji w zdarzeniu śmierć Ubezpieczonego.
- 23) Prawo do indywidualnej kontynuacji (IK) ubezpieczenia przez 12 miesięcy na takich samych warunkach jak w ubezpieczeniu grupowym. Po 12 miesiącach Ubezpieczony może kontynuować IK na warunkach określonych w zakresie obligatoryjnym lub innych oferowanych przez Wykonawcę.

## VII. KLAUZULE FAKULTATYWNE – PAKIETY DODATKOWE (Z DODATKOWĄ SKŁADKĄ), KTÓRYCH ZAOFEROWANIE PODLEGA OCENIE

Pakiety dodatkowe, rozszerzające ochronę, będą możliwe do dokupienia za opłatą dodatkowej składki przez Ubezpieczonego do każdego z trzech podstawowych zakresów ubezpieczenia. Sumy ubezpieczenia i szczegółowy zakres ubezpieczenia określa Wykonawca w ramach opisanych niżej oczekiwań i maksymalnej wysokości składki za jedną osobę. Wykonawca może zaoferować jeden, dwa lub wszystkie trzy pakiety. Wykonawca może wymagać do uruchomienia pakietu minimalnego poziomu partycypacji, jednak nie może to być więcej niż 10 osób dla jednego pakietu:

1. **Pakiet onkologiczny, obejmujący zachorowanie na choroby nowotworowe i/lub inne poważne zachorowania** - zakres pakietu powinien obejmować takie świadczenia jak: zdiagnozowanie nowotworu złośliwego, pobyt w szpitalu, leczenie specjalistyczne (badania, konsultacje, pomoc psychologa, druga opinia medyczna) lub podwyższenie wysokości świadczenia w leczeniu szpitalnym, w poważnym zachorowaniu i w leczeniu specjalistycznym przy maksymalnej miesięcznej składce za pakiet wynoszącej 15 zł za osobę.
2. **Pakiet kardiologiczny, obejmujący zachorowanie na choroby układu krążenia (udar mózgu, zawał serca, etc.) i/lub inne poważne zachorowania** - zakres pakietu powinien obejmować takie świadczenia jak: zdiagnozowanie choroby układu krążenia, uszczerbek na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, pobyt w szpitalu, leczenie specjalistyczne (badania, konsultacje, pomoc psychologa, druga opinia medyczna) lub podwyższenie wysokości świadczenia w uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, w leczeniu szpitalnym, w leczeniu specjalistycznym przy maksymalnej miesięcznej składce za pakiet wynoszącej 10 zł za osobę.
3. **Pakiet dla dziecka, obejmujący uszczerbek w wyniku NW** - zakres pakietu powinien obejmować takie świadczenia jak: uszczerbek na zdrowiu w następstwie NW, leczenie szpitalne w następstwie NW lub włączenie do zakresu uszczerbku na zdrowiu w następstwie NW oraz podwyższenie wysokości świadczenia w przypadku śmierci dziecka w wyniku NW, leczenia szpitalnego w następstwie NW przy maksymalnej miesięcznej składce za pakiet wynoszącej 12 zł za osobę.

## VIII. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

1. Minimalne wymagane rodzaje i wysokości świadczeń zawiera Załącznik nr 1A do SWZ – Tabela minimalnych wysokości świadczeń. Podane świadczenia są skumulowane.
2. W ramach umowy ubezpieczenia u Zamawiającego funkcjonować będą dwa zakresy różniące się świadczeniami i wysokością składki oraz - w przypadku zaoferowania przez wybranego Wykonawcę – fakultatywne pakiety dodatkowe.

3. Wykonawca może zaproponować dodatkowe rodzaje świadczeń oraz wyższe kwoty świadczeń, co będzie podlegało ocenie zgodnie z opisem kryteriów oceny ofert zawartym w SWZ.

## **IX. WYBRANE DEFINICJE**

1. Partner życiowy – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku nieformalnym, prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, niepozostająca z ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa, która nie pozostaje z inną osobą w związku formalnym. Wskazanie partnera następuje przez pisemne oświadczenie ubezpieczonego w momencie jego przystępowania lub w dowolnym momencie trwania ubezpieczenia (na druku deklaracji przystąpienia, zmiany lub innym wskazanym przez Wykonawcę formularzu). Zarówno Ubezpieczony wskazujący/zgłaszający partnera do ubezpieczenia jak i zgłaszany partner nie może pozostawać w związku małżeńskim z osobą trzecią. Zmiana oświadczenia o wskazaniu na inną osobę jako partnera nie może być dokonywana częściej niż raz na 12 miesięcy. W sytuacji braku wskazania partnera na deklaracji Ubezpieczony udokumentuje fakt prowadzenia wspólnego gospodarstwa domowego. Posiadanie partnera życiowego przez Ubezpieczonego rozszerza odpowiedzialność Wykonawcy o partnera życiowego na zasadach współmałżonka.
2. Zawał serca - martwica części mięśnia sercowego spowodowana nagłym zmniejszeniem dopływu krwi.
3. Udar mózgu – nagłe, ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych lub śmierci, wywołane przez przyczyny naczyniowe rozumiane jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych wywołanych czynnikami urazowymi.
4. Zamawiający dopuszcza inne brzmienie definicji, zaproponowane przez Wykonawcę, z zastrzeżeniem, że nie pogorszy to oczekiwanego zakresu ochrony.

## **X. POCZĄTEK ODPOWIEDZIALNOŚCI WYKONAWCY**

1. Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie wynikającym z umowy ubezpieczenia w odniesieniu do każdej z osób, rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po dniu złożenia przez tę osobę deklaracji przystąpienia, pod warunkiem przekazania za tę osobę Wykonawcy pierwszej składki w uzgodnionym terminie.
2. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, operacji chirurgicznej i leczenia specjalistycznego Wykonawca przyjmuje odpowiedzialność za skutki stanów chorobowych oraz nieszczęśliwych wypadków, które zostały stwierdzone lub zaszły lub ich przyczyna została stwierdzona przed początkiem odpowiedzialności Wykonawcy, wobec wszystkich ubezpieczonych, niezależnie od tego czy byli wcześniej ubezpieczeni czy też nie.
3. W przypadku zdarzeń ubezpieczeniowych objętych odpowiedzialnością Wykonawcy, innych niż pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, operacja chirurgiczna i leczenie specjalistyczne, Wykonawca przyjmie odpowiedzialność za skutki chorób i wypadków, które zostały stwierdzone lub zaszły lub ich przyczyna została stwierdzona przed początkiem odpowiedzialności Wykonawcy, o ile Ubezpieczony był wcześniej objęty ubezpieczeniem w ramach dotychczas funkcjonującej u Zamawiającego lub innej (np. w zakładzie pracy współmałżonka) umowy grupowego ubezpieczenia na życie i zachowana jest ciągłość ubezpieczenia.
4. W żadnym przypadku Wykonawca nie może odmówić przyjęcia odpowiedzialności za skutki chorób i wypadków, które zostały stwierdzone lub zaszły lub ich przyczyna została stwierdzona przed początkiem odpowiedzialności Wykonawcy w sytuacji, gdy zostały stwierdzone lub zaszły lub ich przyczyna została stwierdzona wcześniej niż 3 lat przed datą zdarzenia ubezpieczeniowego.

## **XI. KARENCE**

1. Wykonawca wyraża zgodę na zniesienie wszelkich okresów karencji i innych czasowych ograniczeń ochrony dla osób, które przystąpią do ubezpieczenia w ciągu trzech miesięcy od daty uruchomienia grupowego ubezpieczenia na życie.
2. Wykonawca wyraża zgodę na zniesienie wszelkich okresów karencji i innych czasowych ograniczeń ochrony dla osób, które przystąpią do ubezpieczenia w ciągu trzech miesięcy od daty uzyskania uprawnienia do przystąpienia do ubezpieczenia, to jest:
  - a) Zatrudnienia u Zamawiającego – w przypadku pracownika i przystępujących razem z nim członków jego rodziny.
  - b) Powrotu pracownika z urlopu wychowawczego, urlopu bezpłatnego, zwolnienia lekarskiego – w przypadku pracownika i przystępujących razem z nim członków jego rodziny. Zapis dotyczy tylko tych pracowników, którzy rozpoczęli urlop wychowawczy, urlop bezpłatny lub zwolnienie lekarskie przed początkiem obowiązywania umowy ubezpieczenia i w okresie wdrożenia nie byli aktywnymi pracownikami. Z zastrzeżeniem innych postanowień OPZ, wobec członków rodzin przestępujących razem z pracownikiem, który przystępuje bez karencji, także zniesione są karencje.
  - c) Zawarcia związku małżeńskiego – w przypadku małżonka pracownika.
  - d) Ukończenia 18 roku życia - w przypadku dziecka pracownika.
3. Wykonawca wyraża zgodę na zniesienie wszelkich okresów karencji i czasowych ograniczeń ochrony ubezpieczeniowej dla partnera życiowego, który przystąpi do ubezpieczenia wraz z pracownikiem (a pracownik przystąpi w okresie uprawnienia do zniesienia karencji). W przypadku przystąpienia do ubezpieczenia partnera życiowego w terminie innym niż przystąpienie pracownika, Wykonawca może zastosować w stosunku do partnera życiowego karencję.
4. W stosunku do osoby, która przystąpi do ubezpieczenia po 3 miesiącach od daty uzyskania uprawnienia do przystąpienia, ale była dotychczas objęta dowolną umową grupowego ubezpieczenia na życie oraz przedstawi potwierdzenie posiadania dotychczasowej ochrony i zachowana będzie jej ciągłość, Wykonawca do okresu karencji w zakresie danego świadczenia zaliczy okres ubezpieczenia w ramach tej dotychczasowej umowy w następujący sposób:
  - a) Jeżeli Ubezpieczony był objęty dotychczasową umową w zakresie danego świadczenia przez okres równy lub dłuższy niż okres karencji u Wykonawcy, to Wykonawca z tytułu zdarzenia, które zajdzie w okresie karencji wypłaci świadczenie, ale w wysokości nie wyższej, niż była określona w dotychczasowej umowie.
  - b) Jeżeli Ubezpieczony był objęty dotychczasową umową w zakresie danego świadczenia przez okres krótszy niż okres karencji u Wykonawcy, to
    - przez okres będący różnicą karencji i okresu podlegania dotychczasowej ochronie ubezpieczeniowej w zakresie danego świadczenia odpowiedzialność Wykonawcy jest wyłączona,
    - przez pozostały czas okresu karencji za zdarzenia ubezpieczeniowe, które zajdą w tym czasie Wykonawca wypłaci świadczenie, ale w wysokości nie wyższej, niż była określona w dotychczasowej umowie.
5. Dla osób, które przystąpią do ubezpieczenia po upływie trzech miesięcy od daty wprowadzenia ubezpieczenia lub po upływie trzech miesięcy od daty uzyskania uprawnienia do przystąpienia do ubezpieczenia, będą obowiązywały okresy karencji nie dłuższe niż podane poniżej w Tabeli nr 1.

**Tabela 1. Maksymalne okresy karencji**

| <b>Nazwa zdarzenia Ubezpieczeniowego</b> | <b>Długość karencji</b> |
|--|-------------------------|
| Śmierć Ubezpieczonego                    | 6 miesięcy              |

| Nazwa zdarzenia Ubezpieczeniowego  | Długość karencji |
|--|------------------|
| Śmierć Ubezpieczonego na skutek udaru mózgu lub zawału serca                       | 6 miesięcy       |
| Trwały uszczerbek Ubezpieczonego na zdrowiu na skutek udaru mózgu lub zawału serca | 6 miesięcy       |
| Trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji na skutek choroby           | 6 miesięcy       |
| Poważne zachorowanie Ubezpieczonego  | 3 miesiące       |
| Operacje chirurgiczne  | 3 miesiące       |
| Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby                              | 1 miesiąc        |
| Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie udaru mózgu lub zawału serca         | 1 miesiąc        |
| Pobyt Ubezpieczonego na OIOM w następstwie choroby                                 | 1 miesiąc        |
| Rekonwalescencja   | 1 miesiąc        |
| Ryczałt na leki  | 1 miesiąc        |
| Śmierć małżonka lub partnera życiowego   | 6 miesięcy       |
| Śmierć dziecka   | 6 miesięcy       |
| Osierocenie dziecka  | 6 miesięcy       |
| Śmierć rodziców Ubezpieczonego   | 6 miesięcy       |
| Śmierć rodziców małżonka lub partnera życiowego                                    | 6 miesięcy       |
| Urodzenie dziecka  | 9 miesięcy       |
| Urodzenie martwego dziecka   | 6 miesięcy       |
| Leczenie specjalistyczne   | 3 miesiące       |

6. Karencje nie dotyczą następstw nieszczęśliwych wypadków.

## **XII. OBSŁUGA UBEZPIECZENIA**

- Wykonawca wyznaczy 2 osoby realizujące przedmiot zamówienia, które będą reprezentować Wykonawcę w godzinach 9 - 15 w dni robocze.
- Wykonawca będzie przekazywał szczegółową informację o przebiegu ubezpieczenia za pośrednictwem Brokera w rocznych okresach ubezpieczenia – narastająco (kolejna informacja powinna zawierać w sobie także poprzednie okresy). Informacja ta powinna zawierać przynajmniej rodzaj i numer roszczenia oraz kwotę wypłaconego świadczenia, a w przypadku odmowy wypłaty świadczenia – opis podstawy odmowy, pozwalający na jednoznaczne stwierdzenie o zasadności decyzji.