

.....
(pieczęć wykonawcy)

FORMULARZ OFERTY

Nazwa Wykonawcy:

Adres:

Województwo

Tel./FAX:

e- mail

REGON:

NIP:

W odpowiedzi na ogłoszenie o udzielenie zamówienia publicznego, prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na **usługę dobrowolnego grupowego ubezpieczenia na życie dla pracowników Miejskiego Przedsiębiorstwa Gospodarki Komunalnej Sp. z o. o. we Włodawie oraz członków ich rodzin.**

Ja (imię i nazwisko)
w imieniu Wykonawcy **oświadczam**, że:

1. Oferujemy:

wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami wskazanymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia za **cenę w wysokości** zł:
słownie:

Przy następujących wysokościach wypłacanych za poszczególne ryzyka świadczeń:

| Lp. | Nazwa ryzyka | Minimalna kwota świadczenia | Oferta Wykonawcy |
|-----|--|-----------------------------|------------------|
| 1 | Świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego – lub równoważne | 28 800 zł | |
| 2 | Świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – lub równoważne | 28 800 zł | |
| 3 | Świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku przy pracy – lub równoważne | 36 000 zł | |
| 4 | Świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym – lub równoważne | 36 000 zł | |

| | | | |
|----|---|---|--|
| 5 | Świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu – lub równoważne | 21 000 zł | |
| 6 | Świadczenie z tytułu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – lub równoważne | 288 zł za każdy 1 % przyznanego uszczerbku | |
| 7 | Świadczenie z tytułu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu – lub równoważne | 288 zł za każdy 1 % przyznanego uszczerbku | |
| 8 | Świadczenie z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania – lub równoważne | 2 500 zł | |
| 9 | Świadczenie z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku – lub równoważne | 87,50 zł | |
| 10 | Świadczenie z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu z innego powodu niż nieszczęśliwy wypadek – lub równoważne | 35 zł | |
| 11 | Świadczenie z tytułu zgonu współmałżonka Ubezpieczonego – lub równoważne | 9 000 zł | |
| 12 | Świadczenie z tytułu zgonu współmałżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – lub równoważne | 7 000 zł | |
| 13 | Świadczenie z tytułu zgonu rodziców Ubezpieczonego i / lub rodziców współmałżonka Ubezpieczonego – lub równoważne | 1 600 zł | |
| 14 | Świadczenie z tytułu osierocenia dziecka na skutek zgonu Ubezpieczonego – lub równoważne | 2 800 zł | |
| 15 | Świadczenie z tytułu urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu – lub równoważne | 900 zł | |
| 16 | Świadczenie z tytułu martwego urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu – lub równoważne | 1 800 zł | |
| 17 | Świadczenie z tytułu zgonu dziecka Ubezpieczonemu – lub równoważne | 2 200 zł | |

2. Akceptujemy następujące świadczenia dodatkowe (fakultatywne):

Uwaga!

Jeśli Wykonawca nie przedstawia oferty w zakresie pkt. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 lub 8 należy wstawić "X" w odpowiedniej rubryce.

| Lp. | Nazwa ryzyka | Minimalna kwota świadczenia | Oferta Wykonawcy |
|-----|--|--|------------------|
| 1 | Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania współmałżonka Ubezpieczonego (katalog zachorowań zgodny z ogólnymi warunkami Wykonawcy) lub równoważne | 1 500 zł | |
| 2 | Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego (katalog zachorowań zgodny z ogólnymi warunkami Wykonawcy) lub równoważne | 1 500 zł | |
| 3 | Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek specjalistycznego leczenia lub równoważne | Suma ubezpieczenia 3 000 zł | |
| 4 | Świadczenia z tytułu rekonwalescencji lub równoważne | 17, 50 zł za każdy dzień lub w przypadku gdy Wykonawca określa kwotę ryczałtowo – 250 zł | |
| 5 | Świadczenie z tytułu pobytu na OIOM/OIT lub równoważne | 100 zł za każdy dzień lub w przypadku gdy Wykonawca określa kwotę ryczałtowo 350 zł | |
| 6 | Dodatkowe świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wyniku wypadku komunikacyjnego lub równoważne | 17,50 zł | |
| 7 | Dodatkowe świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku przy pracy lub równoważne | 17,50 zł | |
| 8 | Dodatkowe świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu lub równoważne | 17,50 zł | |

oraz akceptujemy następujące definicje (fakultatywne)

| Lp. | Nazwa definicji | TAK/NIE (odpowiednie wstawić) |
|------------|--|---|
| 1 | Zawał serca | |
| 2 | Definicja wyłączeń podstawowych w ryzyku zgon Ubezpieczonego | |

3. Oferujemy katalog poważnych chorób widniejący w
(Wykonawca podaje odwołanie do odpowiednich zapisów ogólnych i/lub szczególnych warunków ubezpieczenia).
4. Oświadczamy, że uzyskaliśmy informacje niezbędne do przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia.
5. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od złożenia oferty.
6. Zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do niej żadnych zastrzeżeń, uznajemy się za związanych określonymi w niej zasadami postępowania.

.....
(podpis i pieczętka wykonawcy)

....., 2013 r.
miejsowość data