

.....
(Pieczęć wykonawcy)

FORMULARZ OFERTY

Zamawiający:
Zespół Opieki Zdrowotnej w Końskich
ul. Gimnazjalna 41B, 26-200 Końskie

Po zapoznaniu się z materiałami przetargowymi składam swoją ofertę na zadanie p.n.: „Usługa ubezpieczenia grupowego na życie Pracowników i Członków rodzin Pracowników Zespołu Opieki Zdrowotnej w Końskich” (znak sprawy: PN/U/1/KOŃSKIE/2017).

Wykonawca:

.....
.....
(Nazwa, adres, e-mail)

1. Po zapoznaniu się z materiałami przetargowymi zgodnie z załączonymi dokumentami do SIWZ cena mojej (naszej) oferty wynosi:

CENA OFERTY =
(wysokość miesięcznej składki w Wariantcie I x 430 osób)
+ (wysokość miesięcznej składki w Wariantcie II x 483 osoby)
+ (wysokość miesięcznej składki w Wariantcie III x 161 osób)
x 36 miesięcy =
..... zł

słownie:
.....
.....

2. Informacja na temat wysokości składek na jednego Ubezpieczonego w poszczególnych wariantach ubezpieczenia

Wysokość składki miesięcznej na jednego Ubezpieczonego w Wariantcie I zł słownie:
Wysokość składki miesięcznej na jednego Ubezpieczonego w Wariantcie II zł słownie:
Wysokość składki miesięcznej na jednego Ubezpieczonego w Wariantcie II zł słownie:

3. Tabela zakresu i wysokości świadczeń

Lp.	Zakres ubezpieczenia	Wysokość świadczenia w zł		
		Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3
1.	Zgon ubezpieczonego	40 000	45 000	60 000
2.	Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku <i>(skumulowana wysokość świadczenia)</i>	80 000	90 000	120 000
3.	Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego <i>(skumulowana wysokość świadczenia)</i>	120 000	135 000	180 000
4.	Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy <i>(skumulowana wysokość świadczenia)</i>	120 000	135 000	180 000
5.	Zgon ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udar mózgu <i>(skumulowana wysokość świadczenia)</i>	80 000	90 000	120 000
6.	Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku – świadczenie za 1% uszczerbku	360	400	500
7.	Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku zawału serca lub udar mózgu - świadczenie za 1% uszczerbku	360	400	500
8.	Zgon małżonka ubezpieczonego	16 000	20 000	25 000

Lp.	Zakres ubezpieczenia	Wysokość świadczenia w zł		
		Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3
9.	Zgon małżonka ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (skumulowana wysokość świadczenia)	26 000	30 000	50 000
10.	Zgon rodzica ubezpieczonego	1 900	2 200	2 200
11.	Zgon rodzica małżonka ubezpieczonego	1 900	2 200	2 200
12.	Urodzenie się dziecka ubezpieczonemu	1 300	1 400	-
13.	Urodzenie martwego dziecka	2 600	2 800	-
14.	Śmierć dziecka ubezpieczonego	2 800	3 000	-
15.	Osierocenie dziecka	3 400	4 000	-
16.	Ciężkie choroby – 27 jednostek chorobowych	4 000	5 000	10 000
17.	Ciężkie choroby Małżonka – 27 jednostek chorobowych	-	2 500	5 000
18.	Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu w wyniku choroby oraz powyżej 14-go dnia pobyt w wyniku NW, wypadku komunikacyjnego, wypadku przy pracy, zawału serca lub udar mózgu	45	55	100
19.	Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu w wyniku NW za każdy dzień pobytu od 1-go do 14-go dnia (skumulowana wysokość świadczenia)	135	165	300
20.	Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnym – za każdy dzień pobytu od 1-go do 14-go dnia (skumulowana wysokość świadczenia)	180	220	400
21.	Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu w wyniku wypadku przy pracy – za każdy dzień pobytu od 1-go do 14-go dnia (skumulowana wysokość świadczenia)	180	220	400

Lp.	Zakres ubezpieczenia	Wysokość świadczenia w zł		
		Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3
22.	Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu w wyniku zawału serca lub udar mózgu – za każdy dzień pobytu od 1-go do 14-go dnia (<i>skumulowana wysokość świadczenia</i>)	90	110	200
23.	Operacje chirurgiczne - <i>suma ubezpieczenia</i>	6 500	7 500	8 500
24.	Trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji	10 000	15 000	20 000
25.	Leczenie specjalistyczne	2 500	3 000	5 000
26.	Karta apteczna	200	200	300

4. Informacja na temat akceptacji poszczególnych klauzul dodatkowych

Nr klauzuli dodatkowej	Liczba punktów możliwych do uzyskania za akceptację danej klauzuli dodatkowej	Akceptacja Tak/Nie
7.1.	2 punkty	
7.2.	1 punkt	
7.3.	1 punkt	
7.4.	2 punkty	
7.5.	1 punkt	
7.6.	1 punkt	
7.7.	1 punkt	
7.8.	1 punkt	
Razem	10 punktów	

Uwaga!

W kolumnie „Akceptacja Tak/Nie“:

- w przypadku akceptacji dodatkowej klauzuli należy wpisać słowo „Tak”,*
- w przypadku braku akceptacji klauzuli dodatkowej należy wpisać słowo „Nie”,*
- pozostawienie pustego pola uznane będzie jednoznacznie za brak akceptacji danej dodatkowej klauzuli.*

5. Ja niżej podpisany oświadczam, że:

- 5.1. Przyjmuję termin realizacji zamówienia: **36 miesięcy, tj. od 01.07.2017r. do 30.06.2020r.**

-
- 5.2. Warunki płatności będą minimum zgodne z wzorem umowy będącym załącznikiem do SIWZ (składki płatne miesięcznie).
- 5.3. Zapoznałem się z treścią SIWZ dla niniejszego zamówienia i nie wnoszę uwag.
- 5.4. Złożona przeze mnie oferta spełnia wszystkie warunki określone w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
- 5.5. Otrzymałem wszystkie niezbędne dane do przygotowania niniejszej oferty i wykonania zamówienia.
- 5.6. Jestem związany z niniejszą ofertą przez okres 60 dni od dnia, w którym upływa termin składania ofert.
- 5.7. Zapoznałem się zapisami Wzoru umowy - Załącznika nr 5 do SIWZ i nie wnoszę uwag.
- 5.8. Wadium zostało wniesione w formie:
.....
(należy uzupełnić)
- 5.9. Zamierzam powierzyć podwykonawcom do realizacji następującą część zamówienia:
.....
.....
(jeżeli Wykonawca nie zamierza powierzyć podwykonawcom do realizacji żadnej z części zamówienia należy wpisać „Nie dotyczy”)

6. Załącznikami do niniejszej oferty są:

- 6.1. Jednolity Europejski Dokument Zamówienia (JEDZ),
- 6.2. Pełnomocnictwo do reprezentowania Wykonawcy,
- 6.3. Dowód wniesienia wadium,
- 6.4. Ogólne Warunki Ubezpieczeń
.....
.....
.....
(należy podać nazwę OWU)
- 6.5. Tabela oceny procentowej uszczerbków,
- 6.6. Ogólne Warunki Indywidualnej Kontynuacji.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis osoby upoważnionej)