

Znak sprawy: ZP/220/80/18

Załącznik Nr 3

.....
/pieczęć adresowa firmy Wykonawcy/

....., dnia
/Miejscowość/

FORMULARZ OFERTY

Nawiązujący do przetargu nieograniczonym na:

**Usługę grupowego ubezpieczenia na życie Pracowników
Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 2 PUM w
Szczecinie oraz ich pełnoletnich dzieci i współmałżonków**

niżej podpisani, reprezentujący:

Pełna nazwa Wykonawcy

Adres

NIP..... REGON.....

Tel. Fax

Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź

małym lub średnim przedsiębiorstwem TAK/NIE*

składamy niniejszą ofertę:

Oferujemy zgodnie z wymogami zawartymi w specyfikacji istotnych warunków zamówienia oraz formularzem cenowym za cenę ostateczną **na okres 24 miesięcy** :

1. Łączna wysokość składki ubezpieczeniowej na pracownika ubezpieczonego w WARIANCIE I miesięcznie wynosi :,zł

(słownie :)

2. Łączna wysokość składki ubezpieczeniowej na pracownika ubezpieczonego w WARIANCIE II miesięcznie wynosi :,zł

(słownie :)

3. Łączna wysokość składki ubezpieczeniowej na pracownika ubezpieczonego w WARIANCIE III miesięcznie wynosi :,zł

(słownie :)

CENA OFERTY = (oferowana wysokość składki miesięcznej w wariancie I x potencjalna liczba ubezpieczonych w wariancie I + oferowana wysokość składki miesięcznej w wariancie II x potencjalna liczba ubezpieczonych w wariancie II + oferowana wysokość składki miesięcznej w wariancie III x potencjalna liczba ubezpieczonych w wariancie III x 24 miesiące =, zł

(słownie:.....)

Zakres ubezpieczenia – tabela świadczeń

Zakres ochrony ubezpieczeniowej powinien obejmować następujące zdarzenia i wysokość świadczeń .

Wysokość świadczenia określona w zł lub %

	Wariant I składka nie wyższa niż 67,00zł	Wariant II Składka nie wyższa niż 67,00 zł	Wariant III składka nie wyższa niż 47,00 zł
Szacunkowa liczba osób ubezpieczonych	240	730	82
Zakres ubezpieczenia	Minimalna wysokość świadczeń		
1. ŚMIERĆ SPOWODOWANA NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM KOMUNIKACYJNYM*	180 000	180 000	135 000
2. ŚMIERĆ SPOWODOWANA NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM PRZY PRACY*	180 000	180 000	135 000
3.ŚMIERĆ SPOWODOWANA NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM KOMUNIKACYJNYM PRZY PRACY*	240 000	240 000	180 000
4. ŚMIERĆ NATURALNA LUB SPOWODOWANA CHOROBA	60 000	60 000	45 000
5. ŚMIERĆ SPOWODOWANA NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM*	120 000	120 000	90 000
6. ŚMIERĆ SPOWODOWANA ZAWAŁEM LUB UDAREM MÓZGU*	110 000	110 000	80 000
7. TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU W WYNIKU NW			
a) za 1 % trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego	550	550	310
8. TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU W WYNIKU ZAWAŁU SERCA LUB UDAREM MÓZGU			
a) za 1 % trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego	550	550	310
9. Z TYTUŁU ŚMIERCI			
a) małżonka /partnera naturalna lub spowodowana chorobą	23 000	23 000	13 000
b) małżonka/partnera w wyniku NW*	37 000	37 000	23 000
c) rodziców i teściów ubezpieczonego	2 200	2 800	1 500
d) dziecka własnego , przysposobionego oraz pasierba bez względu na wiek	3 500	3 800	2 200
e) dziecka własnego , przysposobionego oraz pasierba bez względu na wiek spowodowanego NW *	7 000	7 600	4 400
f) dziecka martwourodzonego	2 400	0 lub wartość minimalna wg oferty Wykonawcy	1 400
10. Z TYTUŁU URODZENIA SIĘ DZIECKA UBEZPIECZONEGO	1 200	0 lub wartość minimalna wg oferty Wykonawcy	800
11. Z TYTUŁU OSIEROCENIA DZIECKA	5 000	5 000	3 300
12. Z TYTUŁU WYSTĄPIENIA CIĘŻKIEJ CHOROBY UBEZPIECZONEGO	5 000	6 000	3 000
13.WYSTĄPIENIE CIĘŻKIEJ CHOROBY U DZIECKA	2 500	2 500	2 500
14. WYSTĄPIENIE CIĘŻKIEJ CHOROBY U MAŁŻONKA/PARTNERA	2 000	2 000	2 000
15. Z TYTUŁU LECZENIA SZPITALNEGO			
• Pobyt spowodowany chorobą	60	70	45
• Pobyt spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu (od 1 do 14 dnia pobytu)*	85	95	70
• Pobyt spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (od 1 do 14 dnia pobytu)*	145	165	115
• Pobyt spowodowany wypadkiem komunikacyjnym (od 1 do 14 dnia pobytu)*	170	190	140
• Pobyt spowodowany wypadkiem przy pracy (od 1 do 14 dnia pobytu)*	170	190	140
• Pobyt spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym przy pracy (od 1 do 14 dnia	230	260	185

pobytu)*			
<ul style="list-style-type: none"> Pobyt spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem , wypadkiem przy pracy , wypadkiem komunikacyjnym , wypadkiem komunikacyjnym przy pracy , zawałem serca , lub udarem (powyżej 14 dnia pobytu) 	60	70	45
<ul style="list-style-type: none"> Pobyt na oddziale Intensywnej Terapii/OIOM) – jednorazowo 	600	800	500
16.Rekonwalescencja (stawka za dzień) – bezpośrednio po pobycie w szpitalu pobyt na zwolnieniu lekarskim wydany przez szpital (o ile pobyt w szpitalu trwał co najmniej 10 dni)	25	32,50	20
17.Pobyt w szpitalu poza granicami kraju	TAK	TAK	TAK
18.Ryczałt na leki/karta apteczna	200	200	200
19.LECZENIE SPECJALISTYCZNE	2 000	2 000	2 000
20.TRWAŁA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY I SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI (180 DNI KARENCJI DLA OSÓB NOWYCH)	30 000	30 000	30 000
21.OPERACJE CHIRURGICZNE – (w zależności od rodzaju operacji) suma ubezpieczenia	5 000	6 000	4 000
22.Prawo do indywidualnej kontynuacji	TAK	TAK	TAK

*skumulowana wartość świadczenia ,

Dodatkowa suma ubezpieczenia

	Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego	Dodatkowa oferowana wysokość sumy ubezpieczenia w zł	Akceptacja dodatkowego świadczenia tak/nie
SU	Podwyższenie podstawowej sumy ubezpieczenia do naliczania należnych kwot świadczeń dla zakresu ubezpieczenia ujętego w poz. 1,2,3,4,5,6 tabeli świadczeń. Dla każdego z wariantów I II III musi mieć miejsce podwyższenie o taką samą wielokrotność kwoty 250 zł	

Uwaga : wykonawca oferuje dodatkową sumę ub. W wysokości krotności 250 zł , podwyższenie podstawowej sumy ubezpieczenia należy określić do zaoferowanej składki miesięcznej na jednego ubezpieczonego przy założeniu , że składka ta nie może przekroczyć dla wariantu I 67,00 zł , dla wariantu II 67,00 , dla wariantu III 47,00 Podstawowa suma ub. Wynosi dla wariantu I 60 000,00 , dla wariantu II 60 000,00 , dla wariantu III 45 000,00 zł .

l.p	Nazwa klauzuli	Ilość punktów	Akceptacja klauzuli tak/nie
1	Klauzula zniesienia ograniczeń czasowych warunkujących wypłatę świadczeń – OBLIGATORYJNA	-	
2	Klauzula gwarancji wypłaty pełnej kwoty odszkodowania – OBLIGATORYJNA	-	
3	Udostępnienie informacji o szkodowości na wniosek Zamawiającego lub Pełnomocnika - OBLIGATORYJNA	-	
4	Klauzula przekształcenia – OBLIGATORYJNA	-	
Punktowane klauzule fakultatywne			
1	Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność Wykonawcy za pobyt	3	

	Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym lub w szpitalu rehabilitacyjnym FAKULTATYWNA		
2	Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność Wykonawcy za pobyt Ubezpieczonego w sanatorium	3	
3	Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność Wykonawcy za pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu z powodu depresji , nerwicy .	2	
4	Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność Wykonawcy o ryzyka schorzeń występujących w zawodach medycznych	4	
5	Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność Wykonawcy na wypadek ryzyka wystąpienia nowotworu	4	
6	Klauzula rozszerzająca zakres ubezpieczenia z tytułu wystąpienia choroby śmiertelnej	3	
7	Klauzula rozszerzająca ochronę o wypłatę świadczenia z tytułu urodzenia dziecka z wadą wrodzoną	3	
8	Klauzula urodzenia dziecka w skali Apgar 0-6	2	
9	Klauzula rozszerzająca operację chirurgiczną o zabieg związany z leczeniem niepłodności	2	
10	Klauzula rozszerzająca katalog „ciężkich chorób”	3	
11	Klauzula maksymalnego pobytu ubezpieczonego w szpitalu	4	
12	Klauzula pomocy medycznej – wariant podstawowy	2	
13	Klauzula pomocy medycznej – wariant rozszerzony	3	

1. Wykonawca oświadcza , że zapoznał się z warunkami przetargu , uzyskał wszystkie niezbędne do oszacowania ryzyka , przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz , że nie wnosi żadnych zastrzeżeń do SIWZ .

2. Ponadto oświadczamy, że:

- a)akceptujemy wskazany w SIWZ czas związania ofertą – **60 dni**
 - b) akceptujemy zawarty w specyfikacji istotnych warunkach zamówienia projekt umowy z uwzględnieniem modyfikacji jego treści (jeżeli wystąpiły)
 - c) zapoznaliśmy się z sytuacją finansowo-ekonomiczną Zamawiającego .
3. W przypadku wyboru naszej oferty, zobowiązujemy się do zawarcia umowy o treści zgodnej ze wzorem umowy stanowiącym załącznik do SIWZ, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.

4. Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczamy, iż wszystkie załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny i prawny, aktualny na dzień otwarcia ofert (art. 297 KK).

.....dnia.....

.....
podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie
uprawniającym do występowania w obrocie prawnym
lub posiadających pełnomocnictwo)