***Załącznik 2do SIWZ***

***ZP/PN/2/2016***

...............................................................

pieczęć wykonawcy lub wykonawców

ubiegających się wspólnie o udzielenie zamówienia

**Szpital Powiatowy w Zawierciu**

**ul. Miodowa 14**

**42-400 ZAWIERCIE**

**woj. śląskie**

**FORMULARZ OFERTY**

**NA USŁUGĘ**

**„Grupowego ubezpieczenia na życie pracowników Szpitala Powiatowego w Zawierciu oraz członków ich rodzin”**

objętego Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia

ZP/PN/62/2016

Nazwa i adres Wykonawcy (ubezpieczyciela):

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REGON:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **NIP:** |  |  |  | **-** |  |  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |

**Tel.** ………………………………………………

**Adres e-mail:**.................................

1. **Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia objętego postępowaniem** w okresie od 01.03.2017r. do 29.02.2020r.**,** zgodnie z wymaganiami SIWZ, w zakresie określonym w tabeli poniżej, za jednostkową składkę miesięczną za jednego ubezpieczonego w poszczególnych WARIANTACH w wysokości:

**Składka dla WARIANTU I**

Cena: ………....... w PLN / za 1 osobę / za 1 miesiąc

(słownie: …..………………………............................................................................PLN)

**Składka dla WARIANTU II**

Cena: ………....... w PLN / za 1 osobę / za 1 miesiąc

(słownie: …..………………………............................................................................PLN)

**Składka dla WARIANTU III**

Cena: ………....... w PLN / za 1 osobę / za 1 miesiąc

(słownie: …..………………………...........................................................................PLN)

**Zakres UbezpieczeniaObligatoryjnyoraz Wysokość Świadczeń (w złotych) podzielona na Warianty:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pakiet podstawowy** | | Minimalna wysokość wypłacanego świadczenia | | | **Oferowana wysokość wypłacanego świadczenia** | | | **Punktacja**  **(waga punktowa)** |
| Wariant I | Wariant II | Wariant III | **Wariant I** | **Wariant II** | **Wariant III** |  |
| 1 | Śmierć Ubezpieczonego | 33 000 | 44 000 | 62 500 |  |  |  | 10 |
| 2 | Śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (wysokość świadczenia obejmuje świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego) | 65 000 | 88 000 | 125 000 |  |  |  | 2 |
| 3 | Śmierć Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego | 125 000 | 131 000 | 177 500 |  |  |  | 2 |
| 4 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy | 125 000 | 131 000 | 200 000 |  |  |  | 2 |
| 5 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy | 65 000 | 88 000 | 147 500 |  |  |  | 2 |
| 6 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu | 65 000 | 71 000 | 95 000 |  |  |  | 2 |
| 7 | Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (świadczenie za 1% uszczerbku) | 520 | 725 | 880 |  |  |  | 8 |
| 9 | Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany udarem mózgu lub zawałem serca (świadczenie za 1% uszczerbku) | 520 | 745 | 880 |  |  |  | 8 |
| 10 | Niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji w wyniku następstwa nieszczęśliwego wypadku - kwota jednorazowa | 7 000 | 7 000 | 10 000 |  |  |  | 6 |
| 11 | Niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie choroby – kwota jednorazowa | 7 000 | 6 500 | 10 000 |  |  |  | 4 |
| 12 | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | 4 700 | 5 300 | 8 000 |  |  |  | 7 |
| 13 | Ubezpieczenie na wypadek operacji chirurgicznych | 6 700 | 7 100 | 7 500 |  |  |  | 7 |
| 14 | Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego wskutek choroby kwota za dzień pobytu | 62 | 88 | 100 |  |  |  | 1 |
| 15 | Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku - kwota za dzień pobytu | 155 | 175,50 | 250 |  |  |  | 1 |
| 16 | Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego kwota za dzień pobytu | 186 | 195 | 350 |  |  |  | 1 |
| 17 | Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy - kwota za dzień pobytu | 186 | 195 | 350 |  |  |  | 1 |
| 18 | Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego przy pracy kwota za dzień pobytu | 217 | 214,50 | 450 |  |  |  | 1 |
| 19 | Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego (zakres rozszerzony) wskutek zawału serca lub udaru mózgu - kwota za dzień pobytu | 93 | 98,50 | 150 |  |  |  | 1 |
| 20 | Pobyt Ubezpieczonego na OIOM –zasiłek jednorazowy | 600 | 650 | 750 |  |  |  | 1 |
| 21 | Rekonwalescencja Ubezpieczonego – kwota za dzień pobytu | 30 | 34 | 35 |  |  |  | 1 |
| 22 | Karta apteczna – kwota zasiłku jednorazowego | 200 | 210 | 300 |  |  |  | 1 |
|  | Świadczenia rodzinne | Wariant I | Wariant II | Wariant III |  |  |  |  |
| 1 | Śmierć małżonka | 13 000 | 18 500 | 22 500 |  |  |  | 4 |
| 2 | Śmierć małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku (wysokość świadczenia obejmuje świadczenie z tytułu zgonu małżonka) | 26 000 | 37 000 | 45 000 |  |  |  | 2 |
| 3 | Poważne zachorowanie dziecka | 2 500 | 3 000 | 4 500 |  |  |  | 2 |
| 4 | Leczenie specjalistyczne ubezpieczonego | 3 000 | 3 100 | 5 000 |  |  |  | 1 |
| 5 | Pobyt w Szpitalu Małżonka Ubezpieczonego (zakresrozszerzony) wskutek nieszczęśliwego wypadku –kwota za dzień pobytu | 42 – wypadek  84– OIOM | 50 – wypadek  100 – OIOM | 100– wypadek  200 – OIOM |  |  |  | 1 |
| 6 | Śmierć rodziców i teściów | 2 400 | 3 000 | 3 000 |  |  |  | 4 |
| 7 | Śmierć dziecka | 4 000 | 5 400 | 6 000 |  |  |  | 4 |
| 8 | Urodzenie martwego dziecka | 3 600 | 200 | 4 600 |  |  |  | 5 |
| 9 | Urodzenie się dziecka | 1 800 | 100 | 2 300 |  |  |  | 5 |
| 10 | Osierocenie dziecka | 5 000 | 6 500 | 7 500 |  |  |  | 3 |
|  | **SKŁADKA MIESIĘCZNA NIE WYŻSZA NIŻ** | 54 zł | 65 zł | 80 zł |  |  |  | X |
|  | **SUMA PUNKTÓW** | X | X | X |  |  |  | 100 |

1. Oświadczam/y, że powyższa cena oferty zawiera wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu umowy, jakie ponosi Zamawiającyw przypadku wyboru niniejszej oferty.
2. Oświadczam/y, że płatność składek za ubezpieczenie zostanie rozłożona na 36 opłat miesięcznych. Oświadczam/y, że wykonawca zapoznał się z warunkami przetargu, uzyskał wszystkie informacje niezbędne do oszacowania ryzyka, przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz nie wnosi żadnych zastrzeżeń do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
3. Oświadczam/y, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia tj. 60 dni od upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczamy (-y), że

**Nie zamierzam (-y)** zlecać wykonania części zamówienia podwykonawcom\*.

**Zamierzam (-y)** zlecić podwykonawcom wykonanie następującej części zamówienia\*:

|  |  |
| --- | --- |
| L.p. | Części zamówienia - jakie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |

1. Ofertę składam (-y) na ……. kolejno ponumerowanych stronach.

…............................. , dnia …............................….............................

Podpis(-y) i pieczęć(-cie) osoby(osób) uprawnionej(-ych) do reprezentowania Wykonawcy

lub upoważnionej do występowania w jego imieniu