

Or.272.6.2016

1. Dane dotyczące Wykonawcy:

Nazwa

Siedziba

Nr telefonu/

faksu

Nr NIP

Nr REGON

2. Dane dotyczące Zamawiającego:

POWIAT CIECHANOWSKI

ul. 17 Stycznia 7,

06-400 Ciechanów

Formularz Ofertowy

1.Nawiązując do Ogłoszenia o zamówieniu w trybie przetargu nieograniczonego na usługę:
„Grupowe ubezpieczenie na życie pracowników Starostwa Powiatowego w Ciechanowie,
współmałżonków i pełnoletnich dzieci” niniejszym oferujemy (ę):

- wysokość miesięczną składki ubezpieczeniowej płaconą przez ubezpieczonego :

kwota zł.

(słownie złotych

.....)

Lp.	Zdarzenia:	Minimalne warunki ubezpieczenia	Proponowane warunki ubezpieczenia	miesięczna wysokość składki
1.	Zgon ubezpieczonego	50 000,00 zł		
2.	Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy	140 000,00 zł		

3.	Zgon ubezpieczonego w pracy	140 000,00 zł		
4.	Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego	140 000,00 zł		
5.	Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	100 000,00 zł		
6.	Zgon ubezpieczonego w wyniku zawału serca i udaru mózgu	70 000,00 zł		
7.	Zgon rodziców ubezpieczonego oraz rodziców współmałżonka	3 000,00 zł		
8.	Zgon dziecka do 25 roku życia	2 500,00 zł		
9.	Urodzenie dziecka	1 200,00 zł		
10.	Utrata zdrowia przez dziecko	3 000,00 zł		
11.	Zgon współmałżonka	10 000,00 zł		
12.	Zgon współmałżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku, wypadku komunikacyjnego	18 000,00 zł		
13.	Dodatkowe jednorazowe świadczenie dla dziecka po śmierci ubezpieczonego	4 000,00 zł		
14.	Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	do 40 000,00 zł za 1 % uszczerbku – 400,00 zł		
15.	Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku zawału serca i udaru mózgu	do 40 000,00 zł za 1 % uszczerbku – 400,00 zł		
16.	Wystąpienie ciężkiej choroby (min.) tj. zawał serca , operacje na naczyniach wieńcowych, nowotwór złośliwy, udar, niewydolność nerek, choroba Creutzfelda- Jakoba, zakażenie wirusem HIV, powikłania po transfuzji krwi, podczas obowiązków zawodowych	3 500,00 zł		
17.	Trwała niezdolność do pracy będąca rezultatem nieszczęśliwego wypadku lub choroby	8 000,00 zł		
18.	Operacje i zabiegi chirurgiczne	do 1 700,00 zł		
19.	Pobyty w szpitalu za każdy dzień spowodowany chorobą	45,00 zł za każdy dzień		
20.	Pobyty w szpitalu spowodowany zawałem serca i udarem mózgu	160,00 zł/dzień		
21.	Pobyty w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	160,00 zł/dzień		
22.	Pobyty w szpitalu spowodowany	210,00 zł /dzień		

	wypadkiem komunikacyjnym			
23.	Pobyt w szpitalu spowodowany wypadkiem przy pracy	210,00 zł /dzień		
24.	Pobyt w szpitalu spowodowany wypadkiem komunikacyjnym w pracy	250,00 zł/dzień		
25.	Pobyt w szpitalu na OIT powyżej 24 godzin	450,00 zł/ jednorazowo		
26.	Rekonwalescencja po pobycie w szpitalu	do kwoty 700,00 zł		
27.	Specjalistyczne leczenie szpitalne np. chemioterapia , radioterapia itp.	2 000,00 zł		
28.	Karta apteczna do bezgotówkowego odbioru leków i produktów leczniczych w przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu min. 1 dzień	200,00 zł do wysokości 600,00 zł		
	Razem	x		

Słownie

Termin wypłaty odszkodowania za zdarzenie dni

2. Oświadczam (y), że spełniam (y) warunki udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, ustalone w art. 22 ust.1 ustawy Prawo zamówień publicznych, dotyczące:

- 1) posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania,
- 2) posiadania wiedzy i doświadczenia,
- 3) dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
- 4) sytuacji ekonomicznej i finansowej,

3. Nie podlegam (y) wykluczeniu z postępowania o udzielenia zamówienia publicznego z art. 24 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych

4. Oświadczam(y), że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz otrzymaliśmy konieczne informacje niezbędne do właściwego przygotowania oferty.

5. Oświadczam(y), że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

6. Oświadczam(y), że część zadania zamierzam(y) powierzyć podwykonawcy (należy opisać jaką część zadania lub wpisać nie dotyczy)

7. Na potwierdzenie spełniania wymagań zamawiającego do oferty załącza się:

- a)
- b)
- c).....
- d)

- e)
- f)
- g)

11. Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej:

- a) nazwisko i imię:
- b) stanowisko:
- c) telefon
- d) fax

12. Zakres *

- a) do reprezentowania tylko w postępowaniu,
- b) do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy.

13. Niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę nie mogą być ogólnie udostępnione:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

.....
(miejscowość i data oferty)

.....
(podpis wykonawcy lub upoważnionych osób
do składania oświadczeń woli w imieniu
wykonawcy)

*** niepotrzebne skreślić pod rygorem odrzucenia oferty.**