**Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego**

##### **FORMULARZ OFERTOWY**

**Na: Grupowe ubezpieczenie na życie pracowników oraz członków rodzin pracowników Starostwa Powiatowego w Aleksandrowie Kujawskim.**

**1. ZAMAWIAJĄCY:**

**Nazwa: Powiat Aleksandrowski - Starostwo Powiatowe**

**Adres siedziby: ul. Słowackiego 8, 87-700 Aleksandrów**

**NIP: 891 14 08 885**

**2. WYKONAWCA:**

Niniejsza oferta zostaje złożona przez:

Nazwa wykonawcy: ...................................................................................

Siedziba wykonawcy: ...................................................................................

Adres wykonawcy: ...................................................................................

Województwo: ...................................................................................

Nr telefonu: ...................................................................................

Nr faksu: ...................................................................................

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

Miejsce i numer rejestracji: ....................................................................................

nr REGON: ...................................................................................

nr NIP: …................................................................................

**3. Cena oferty:**

Cena- miesięcznie na 1 pracownika **Wariant I**………………………………… zł

Cena- miesięcznie na 1 pracownika **Wariant II**………………………………… zł

**4.Wysokość oferowanych świadczeń**

| **L.P.** | **Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego** | **Wariant I** | **Wariant II** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wysokość świadczenia w PLN** | |
| 1. | Śmierć ubezpieczonego |  |  |
| 2. | Śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku (świadczenie łączne) |  |  |
| 3. | Śmierć ubezpieczone w wypadku przy pracy (świadczenie łączne) |  |  |
| 4. | Śmierć ubezpieczonego w wypadku komunikacyjnym (świadczenie łączne) |  |  |
| 5. | Śmierć ubezpieczonego w wypadku komunikacyjnym w czasie pracy (świadczenie łączne) |  |  |
| 6. | Śmierć ubezpieczonego w skutek zawału serca lub krwotoku śródmózgowego (świadczenie łączne) |  |  |
| 7. | Zgon małżonka |  |  |
| 8. | Śmierć małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie łączne) |  |  |
| 9. | Śmierć rodziców ubezpieczonego/rodziców małżonka ubezpieczonego |  |  |
| 10. | Śmierć dziecka |  |  |
| 11. | Urodzenie martwego dziecka |  | ---- |
| 12. | Osierocenie dziecka |  | ---- |
| 13. | Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za 1% trwałego uszczerbku) |  | ---- |
| 14. | Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym (za 1% trwałego uszczerbku) |  |  |
| 15. | Urodzenie dziecka |  |  |
| 16. | Poważne zachorowania ubezpieczonego |  |  |
| 17. | Poważne zachorowanie współmałżonka |  |  |
| 18. | Operacje chirurgiczne |  |  |
| 19. | Pobyt ubezpieczonego w szpitalu wskutek choroby (wysokość dziennego świadczenia) |  |  |
| 20. | Pobyt ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku (wysokość dziennego świadczenia do 14 dnia pobytu) – świadczenie za każdy dzień pobytu |  |  |
| 21. | Pobyt ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku przy pracy (wysokość dziennego świadczenia do 14 dnia pobytu) |  |  |
| 22. | Pobyt ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego (wysokość dziennego świadczenia do 14 dnia pobytu/) |  |  |
| 23. | Pobyt ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub krwotoku śródmózgowego (wysokość dziennego świadczenia do 14 dnia pobytu) |  |  |
| 24. | Pobyt ubezpieczonego w szpitalu na OIOM (jednorazowe świadczenie za 1 pobyt) |  |  |
| 25. | Pobyt ubezpieczonego na rekonwalescencji (świadczenie płatne za każdy dzień pobytu max. za 30 dni) |  |  |
| 26. | Świadczenie apteczne, karta apteczna |  |  |
| 27 | Niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji |  |  |
| 28. | Leczenie specjalistyczne |  |  |
|  | **Miesięczna składka/cena ubezpieczeniowa na jednego pracownika** |  |  |

**4.**Termin wykonania przedmiotu umowy ……………………………………..

**5.Ja (my) niżej podpisany(i) oświadczam(y), że:**

1)oświadczamy, że zapoznaliśmy się z zapytaniem ofertowym i nie wnosimy do niego zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje, potrzebne do właściwego przygotowania oferty.

2)oświadczamy, że w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy zgodnie z zapytaniem ofertowym i na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.

3)przypadku uznania mojej (naszej) oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję(emy) się zawrzeć umowę w miejscu i terminie, jakie zostaną wskazane przez Zamawiającego,

5)w przypadku wybrania naszej oferty umowa ubezpieczenia zostanie zawarta na warunkach ubezpieczenia określonych w Załączniku nr 1 do zaproszenia do złożenia oferty „Opis Przedmiotu Zamówienia” zgodnie z wypełnionym Formularzem Oferty i Załącznikami do Formularza Oferty. W pozostałych kwestiach będą miały zastosowanie Ogólne Warunki Ubezpieczenia, które przedłożymy przed podpisaniem umowy:

Ogólne Warunki Ubezpieczenia *(podać rodzaj warunków ubezpieczenia i datę uchwalenia/wejścia w życie)*

1. OWU ..............................................................................................................

2. OWU ..............................................................................................................

**6.**Oświadczamy, że cena podana w ofercie jest obowiązująca w całym okresie ważności umowy.

**7.**Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

**8.**Oświadczamy, że cena podana w ofercie jest obowiązująca w całym okresie ważności umowy.

**9**.Ofertę niniejszą składam na ................kolejno ponumerowanych stronach.

**10.Osoba uprawniona do kontaktów:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Adres** |  |
| **Nr telefonu** |  |
| **Nr faksu** |  |
| **Adres e-mail** |  |

**11**.Wraz z ofertą składamy następujące oświadczenia i dokumenty:

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

…................................................................................................................................................

…................................................................................................................................................

........................................... dnia ..................2018 roku.

--------------------------------------------------

podpis osoby ( osób )

uprawnionej(ych)do reprezentowania Wykonawcy

\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie)