**Załącznik nr 2** – Wzór Formularza Oferty

##### FORMULARZ OFERTOWY

**Na: GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE PRACOWNIKÓW ORAZ CZŁONKÓW RODZIN PRACOWNIKÓW SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZESPOŁU OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOGATYNI**

|  |  |
| --- | --- |
| Nr referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego:  ……………………………. |  |

**1. ZAMAWIAJĄCY:**

**Nazwa: Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Bogatyni**

**Adres siedziby (dyrekcji): ul. Wyczółkowskiego 15, 59-920 Bogatynia**

**Adres strony internetowej: www.zozbogatynia.pl**

**NIP: 615-17-94-076**

**REGON: 230021923**

**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. OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTÓW:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Adres** |  |
| **Nrtelefonu** |  |
| **Nrfaksu** |  |
| **Adrese-mail** |  |

1. **Ja (my) niżej podpisany(i) oświadczam(y), że:**
   1. zapoznałem się z treścią SIWZ dla niniejszego zamówienia,
   2. gwarantuję wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z treścią: SIWZ, wyjaśnień do SIWZ oraz jej modyfikacji,
   3. niniejsza oferta wiąże nas przez**30 dni** od upływu ostatecznego terminu składania ofert,
   4. akceptuję(emy) bez zastrzeżeń **projekt umowy – Załącznik nr 5 do SIWZ**,
   5. W przypadku uznania mojej (naszej) oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję(emy) się zawrzeć umowę w miejscu i terminie, jakie zostaną wskazane przez Zamawiającego,
   6. nie uczestniczę(ymy) jako Wykonawca w jakiejkolwiek innej ofercie złożonej w celu udzielenia niniejszego zamówienia,

7) W przypadku wybrania naszej oferty umowa ubezpieczenia zostanie zawarta na warunkach ubezpieczenia określonych w Załączniku nr 1 do SIWZ „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 ..............................................................................................................

**5. Cena oferty:**

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

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

miejscowość, data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych

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

**6. Wysokość oferowanych świadczeń**

| **L.P.** | **Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego** | **Wariant I** | **Wariant II** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wysokość świadczenia w PLN** | |
| 1. | Zgon ubezpieczonego |  |  |
| 2. | Zgon ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku *(skumulowana wartość świadczenia)* |  |  |
| 3. | Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego (skumulowana wartość świadczenia) |  |  |
| 4. | Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy  *(skumulowana wartość świadczenia)* |  |  |
| 5. | Zgon ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu *(skumulowana wartość świadczenia)* |  |  |
| 6. | Trwały uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – świadczenie za 1% uszczerbku |  |  |
| 7. | Trwały uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu - świadczenie za 1% uszczerbku |  |  |
| 8. | Zgon małżonka ubezpieczonego |  |  |
| 9. | Zgon małżonka ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku *(skumulowana wartość świadczenia)* |  |  |
| 10. | Zgon rodzica ubezpieczonego i rodzica małżonka ubezpieczonego |  |  |
| 11. | Urodzenie się dziecka ubezpieczonemu |  | ---- |
| 12. | Urodzenie martwego dziecka |  | ---- |
| 13. | Zgon dziecka ubezpieczonego |  | ---- |
| 14. | Osierocenie dziecka – świadczenie dla każdego dziecka |  |  |
| 15. | Ciężkie zachorowanie ubezpieczonego |  |  |
| 16. | Ciężkie zachorowanie dziecka ubezpieczonego |  | ---- |
| 17. | Pobyt w szpitalu spowodowany chorobą oraz powyżej 14-go dnia pobyt spowodowany NW, wypadkiem komunikacyjnym, wypadkiem przy pracy, zawałem serca lub udarem mózgu |  |  |
| 18. | Pobyt w szpitalu spowodowany NW – wypłacane za każdy dzień pobytu od 1-go do 14-go dnia |  |  |
| 19. | Pobyt w szpitalu spowodowany wypadkiem komunikacyjnym – wypłacane za każdy dzień pobytu od 1-go do 14-go dnia |  |  |
| 20. | Pobyt w szpitalu spowodowany wypadkiem przy pracy – wypłacane za każdy dzień pobytu od 1-go do 14-go dnia |  |  |
| 21. | Pobyt w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udrem mózgu – wypłacane za każdy dzień pobytu od 1-go do 14-go dnia |  |  |
| 22. | Świadczenie dodatkowe jednorazowe za pobyt w szpitalu na OIT/OIOM |  |  |
| 23. | Rekonwalescencja poszpitalna |  |  |
| 24. | Operacje chirurgiczne - suma ubezpieczenia: |  |  |
| 25. | Leczenie specjalistyczne |  |  |
| 26. | Trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji |  |  |

W przypadku niewypełnienia tabeli lub jej błędnego wypełnienia, do oferty Wykonawcy będą miały zastosowanie **minimalne wysokości świadczeń** wskazane **w OPZ, pkt E (Tabela).**

**7. Zaakceptowanie klauzul dodatkowych**

Akceptujemy następujące klauzule dodatkowe:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa klauzuli | Akceptacja | pkt. |
| 1. | (K1) Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność Wykonawcy za pobyt Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym lub w szpitalu rehabilitacyjnym |  | 2 |
| 2. | (K2) Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność Wykonawcy za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu związany z leczeniem wybranych schorzeń |  | 1 |
| 3. | (K3) Klauzula rozszerzająca system elektronicznej obsługi polis o dedykowaną klientowi aplikację internetową |  | 3 |
| 4. | (K4) Klauzula funduszu prewencyjnego |  | 3 |
| 5. | (K5) Gwarancja rozszerzenia odpowiedzialności Wykonawcy z tytułu umowy dodatkowej na wypadek ciężkiego zachorowania Ubezpieczonego o ryzyko wystąpienia u ubezpieczonego Zawału serca wg definicji Zamawiającego |  | 1 |
| 6. | (K6) Gwarancja rozszerzenia odpowiedzialności Wykonawcy z tytułu umowy dodatkowej na wypadek ciężkiego zachorowania Ubezpieczonego o ryzyko wystąpienia u Ubezpieczonego Przewlekłego zapalenia wątroby wg definicji Zamawiającego |  | 1 |
| 7. | (K7) Gwarancja rozszerzenia odpowiedzialności Wykonawcy z tytułu umowy dodatkowej na wypadek ciężkiego zachorowania Ubezpieczonego o ryzyko wystąpienia u Ubezpieczonego Gruźlicy wg definicji Zamawiającego |  | 1 |
| 8. | (K8)Gwarancja rozszerzenia odpowiedzialności Wykonawcy z tytułu umowy dodatkowej na wypadek ciężkiego zachorowania Ubezpieczonego o ryzyko wystąpienia u Ubezpieczonego Boreliozy wg definicji Zamawiającego |  | 1 |
| 9. | (K9)Gwarancja rozszerzenia odpowiedzialności Wykonawcy z tytułu umowy dodatkowej na wypadek ciężkiego zachorowania Ubezpieczonego o ryzyko wystąpienia u Ubezpieczonego Sepsy wg definicji Zamawiającego |  | 1 |
| 10. | (K10) Gwarancja rozszerzenia odpowiedzialności Wykonawcy z tytułu umowy dodatkowej na wypadek ciężkiego zachorowania Ubezpieczonego o ryzyko wystąpienia u Ubezpieczonego łagodnego nowotworu mózgu wg definicji Zamawiającego |  | 1 |
|  | Łącznie | ….. pkt | 15 pkt |

W kolumnie „Akceptacja” w wierszu dotyczącym akceptowanej klauzuli dodatkowej proszę wpisać słowo **„Tak”** przypadku przyjęcia danej klauzuli lub postanowienia szczególnego oraz słowo **„Nie”** w przypadku nie przyjęcia. Brak słowa **„Tak”** lub **„Nie” uznany zostanie jako niezaakceptowanie danej klauzuli dodatkowej.**

miejscowość, data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych:*

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