Nazwa Wykonawcy ……………………………….....................................

Adres/Siedziba Wykonawcy …………………………………………………

………………………………………………………………

(pieczęć Wykonawcy)

OFERTA WYKONAWCY

1. Oferujemy wykonanie usługi grupowego ubezpieczenia na życie pracowników Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka we Wrocławiu oraz członków ich rodzin – współmałżonków, pełnoletnich dzieci oraz partnerów życiowych:

# wartość netto/brutto miesięcznej składki od jednego ubezpieczonego......................... zł (nie większa niż 65,50zł)

(słownie: ................................................................................ zł)\*

# wartość netto/brutto przedmiotu zamówienia......................... zł\*

(słownie: ................................................................................ zł)\*

**Wartość brutto** powinna zawierać wartość netto, kwotę podatku VAT, upusty, rabaty oraz wszelkie inne koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia.

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z całością dokumentacji przetargowej i nie wnosimy do niej zastrzeżeń. Zobowiązujemy się do zawarcia umowy zgodnie z aktualnym wzorem stanowiącym integralną część SIWZ. W przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej zobowiązujemy się podać numer konta bankowego.
2. Oświadczamy, że zdobyliśmy wszystkie informacje niezbędne do przygotowania oferty.
3. Termin realizacji przedmiotu zamówienia wynosi 12 miesięcy od daty zawarcia umowy.
4. W zakresie bieżącej współpracy w trakcie realizacji postanowień niniejszej umowy Wykonawcę reprezentować będą:

……………………………………………………..……………….. tel. ………………………………..

………………………………………………………..…………….. tel. ………………………………..

1. Oświadczamy, że zamierzamy powierzyć część wykonania przedmiotu zamówienia podwykonawcom -........................................................................... *(należy wskazać część)*. Brak wypełnienia oznaczać będzie, że Wykonawca będzie wykonywał przedmiot zamówienia bez udziału podwykonawców.
2. W wypadku wygrania przetargu zobowiązujemy się do zawarcia umowy w ustalonym terminie po otrzymaniu informacji akceptującej\* :

* w siedzibie Zamawiającego,
* na własną odpowiedzialność w swojej siedzibie, i odesłaniu w ciągu 5 dni od daty wysłania, po [[1]](#footnote-1)\* :
* przesłaniu pocztą priorytetową,
* przesłaniu pocztą kurierską ............................. (nr klienta ......................) na koszt własny,
* odebraniu jej przez przedstawiciela firmy.

1. Miesięczna składka indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia od jednego ubezpieczonego w zakresie minimalnym …………….zł *(Składka ubezpieczeniowa, niezmienna przez cały okres ubezpieczenia, nie może być wyższa niż płacona przez ubezpieczonego w ramach ubezpieczenia grupowego).* W ofercie składam szczegółowy opis zaoferowanych warunków indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia grupowego na życie.
2. Wysokość oferowanych świadczeń (stanowić będzie załącznik nr 1 umowy)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zdarzenia stanowiące podstawę wypłaty świadczenia** | **WYSOKOŚĆ SWIADCZEŃ**  **UBEZPIECZENIOWYCH W ZŁ.** | |
| Zgon ubezpieczonego |  | |
| Zgon w wyniku nieszczęśliwego wypadku |  | |
| Zgon w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego |  | |
| Zgon w wyniku nieszczęśliwego wypadku w pracy |  | |
| Zgon w wyniku zawału serca lub krwotoku śródmózgowego |  | |
| Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku: za każdy 1 % uszczerbku | \*\* | |
| Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku zawału serca lub krwotoku śródmózgowego: za każdy 1 % uszczerbku |  | |
| Zgon współmałżonka |  | |
| Zgon współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku |  | |
| Zgon dziecka |  | |
| Poród martwego noworodka |  | |
| Zgon rodziców lub teściów |  | |
| Urodzenie dziecka |  | |
| Osierocenie dziecka – świadczenie dla każdego dziecka |  | |
| Poważne zachorowanie |  | |
| Pobyt ubezpieczonego w szpitalu | | |
| spowodowany NW: | | |
| - za każdy dzień do 14 dni |  | |
| - za każdy dzień powyżej 14 dnia |  | |
| spowodowany zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym | | |
| - za każdy dzień pobytu do 14 dni | |  |
| - za każdy dzień powyżej 14 dni | |  |
| pobyt spowodowany chorobą: | | |
| - za każdy dzień |  | |
| Operacje chirurgiczne |  | |
| Pobyt na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej |  | |
| Świadczenie rekonwalescencyjne (za dzień) |  | |
| Świadczenie apteczne, karta apteczna |  | |

**\*\*Świadczenie punktowane zgodnie z pkt. 20.1 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia**

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

(data, podpis i pieczęć imienna osoby uprawnionej)

1. \* Cenę należy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku [↑](#footnote-ref-1)