

Nazwa Wykonawcy.....  
 .....  
 Adres Wykonawcy .....  
 .....  
 fax .....  
 e-mail .....

**Oferta dla  
 Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Koninie**

Odpowiadając na ogłoszenie w postępowaniu prowadzonym zgodnie z procedurą publicznego konkursu ofert na „Grupowe ubezpieczenie na życie pracowników, współmałżonków, partnerów życiowych i pełnoletnich dzieci pracowników Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Koninie na rok 2017” oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z załączoną tabelą świadczeń:

**I wariant ubezpieczenia –**

wysokość składki miesięcznej dla jednej osoby .....zł

(słownie: .....zł)

**II wariant ubezpieczenia –**

wysokość składki miesięcznej dla jednej osoby.....zł

(słownie: .....zł)

**III wariant ubezpieczenia –**

wysokość składki miesięcznej dla jednej osoby .....zł

(słownie: .....zł)

**Suma składek miesięcznych –**

(wariant I + wariant II+ wariant III) dla jednej osoby .....zł

(słownie: .....zł)

\* Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnosimy do niego zastrzeżeń.

\* Oświadczamy, że do umowy (polisy) zostaną wprowadzone postanowienia określone w opisie przedmiotu zamówienia.

Załączniki:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....

.....dnia .....

.....  
 (podpis pełnomocnego  
 przedstawiciela Wykonawcy)

Tabela świadczeń

Lp.	Zakres ryzyk	Wariant I		Wariant II		Wariant III	
		Skumulowana wysokość świadczeń	Kwotacja ryzyka	Skumulowana wysokość świadczeń	Kwotacja ryzyka	Skumulowana wysokość świadczeń	Kwotacja ryzyka
1.	Zgon Ubezpieczonego	33.000,00 zł		43.000,00 zł		45.000,00 zł	
2.	Zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub jego następstw	66.000,00 zł		86.000,00 zł		90.000,00 zł	
3.	Zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w pracy	106.000,00 zł		129.000,00 zł		135.000,00 zł	
4.	Zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego	80.000,00 zł		129.000,00 zł		135.000,00 zł	
5.	Zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego w pracy	120.000,00 zł		172.000,00 zł		180.000,00 zł	
6.	Zgon Ubezpieczonego z powodu udaru mózgu lub zawału mięśnia sercowego	45.000,00 zł		65.000,00 zł		70.000,00 zł	

7.	1% trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku	330,00 zł		450,00 zł		450,00 zł	
8.	1% trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu	165,00 zł		220,00 zł		250,00 zł	
9.	Wystąpienie poważnego zachorowania ubezpieczonego (wg OWU)	2.000,00 zł		3.000,00 zł		3.000,00 zł	
10.	Hospitalizacja z dowolnej przyczyny innej niż nieszczęśliwy wypadek -zasilek dzienny do 14 dni/po 14 dniach	50 zł/25,00 zł do 14 dni/po 14 dniach		70 zł/35,00 zł do 14 dni/po 14 dniach		100 zł/50,00 zł do 14 dni/po 14 dniach	
11.	Hospitalizacja związana z nieszczęśliwym wypadkiem z dowolnej przyczyny/zasilek dzienny	100 zł/50 zł do 14 dni/po 14 dniach		140 zł/70 zł do 14 dni/po 14 dniach		200 zł/100 zł do 14 dni/po 14 dniach	
12.	Hospitalizacja związana z nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym	125,00 zł/50 zł do 14 dni/po 14 dniach		175 zł/70 zł do 14 dni/po 14 dniach		250 zł/100 zł do 14 dni/po 14 dniach	

13.	Hospitalizacja związana z nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy	125 zł/50 zł do 14 dni/po 14 dniach		175 zł/70 zł do 14 dni/po 14 dniach		250 zł/100 zł do 14 dni/po 14 dniach	
14.	Hospitalizacja związana z pobytem w związku z zawałem serca/udarem mózgu	75 zł/50 zł do 14 dni/po 14 dniach		105 zł/70 zł do 14 dni/po 14 dniach		150 zł/100 zł do 14 dni/po 14 dniach	
15.	Pobyt na oddziale intensywnej terapii-ryczałt jako jednorazowa wypłata we wskazanej wysokości	500,00 zł		700,00 zł		1000,00 zł	
16.	Trwała niezdolność do pracy z dowolnej przyczyny	3.000,00 zł		5.000,00 zł		5.000,00 zł	
17.	Urodzenie dziecka	1.400,00 zł		2.000,00 zł		X	
18.	Urodzenie martwego dziecka	3.000,00 zł		4.000,000 zł		X	
19.	Osierocenie dzieci	3.000,00 zł		4.000,000 zł		X	
20.	Zgon dziecka	3.000,00 zł		4.000,000 zł		4.000,00 zł	
21.	Zgon współmałżonka/partnera Ubezpieczonego	9.000,00 zł		13.000,00 zł		17.000,00 zł	
22.	Zgon współmałżonka /partnera Ubezpieczonego w wyniku NW	18.000,00 zł		26.000,00 zł		34.000,00 zł	

23.	Zgon współmałżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku NW komunikacyjnego	27.000,00 zł		39.000,00 zł		51.000,00 zł
24.	Zgon teściów/rodziców Ubezpieczonego	1.700,00 zł		2.300,00 zł		2.500,00 zł
25.	Wystąpienie poważnego zachorowania dziecka (wg OWU)	1.500,00 zł		2.000,00 zł		2.000,00 zł
26.	Wystąpienie poważnego zachorowania współmałżonka (wg OWU)	1.500,00 zł		2.000,00 zł		2.000,00 zł
27.	Operacja wg OWU	1.000,00 zł		2.000,00 zł		2.000,00 zł
28.	Rekonwalescencja – ryczałt jako świadczenie za 1 dzień	25,00 zł/dzień		35zł/dzień		50zł/dzień
	<b>Składka miesięczna dla jednej osoby</b>	<b>X</b>		<b>X</b>		<b>X</b>

.....  
 /podpis pełnomocnego  
 przedstawiciela Wykonawcy/