

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 2018” 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	Skumulowana wysokość świadczeń	Skumulowana wysokość świadczeń
1.	Zgon Ubezpieczonego	33.000,00 zł	43.000,00 zł	45.000,00 zł
	Zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszcześliwego wypadku lub jego następstw	66.000,00 zł	86.000,00 zł	90.000,00 zł
3.	Zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszcześliwego wypadku w pracy	106.000,00 zł	129.000,00 zł	135.000,00 zł
4.	Zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszcześliwego wypadku komunikacyjnego	80.000,00 zł	129.000,00 zł	135.000,00 zł
5.	Zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszcześliwego 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 nieszcześliwy wypadek -zasitek 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 nieszcześliwym wypadkiem z dowolnej przyczyny/zasitek 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 nieszcześliwym 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 nieszcześliwym wypadkiem przy pracy	125 zł/50 zł	175 zł/70 zł	250 zł/100 zł

	do 14 dni/po 14 dniach	do 14 dni/po 14 dniach	do 14 dni/po 14 dniach	do 14 dni/po 14 dniach
14.	Hospitalizacja związana z pobytem w związku z zawałem serca/udarem mózgu	75 zł/50 zł	105 zł/70 zł	150 zł/100 zł
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	35 zł/dzień	50 zł/dzień
	<b>Składka miesięczna dla jednej osoby</b>			

.....  
/podpis pełnomocnego  
przedstawiciela Wykonawcy/