

FORMULARZ OFERTOWY

Dotyczy przedmiotu zamówienia: usługa dobrowolnego grupowego ubezpieczenia na życie dla pracowników Śląskiego Centrum Przedsiębiorczości i ich rodzin.

1. Nazwa firmy:
2. Adres:
3. NIP:
4. nr tel.:
5. e-mail:
6. Cena miesięcznej składki za 1 osobę w przypadku zawarcia umowy na 24 miesiące:
7. Zwiększenie wysokości świadczeń dla ubezpieczenia grupowego w przypadku zawarcia umowy na 24 miesiące*:

- TAK

- NIE

*Zaznacz jedną z opcji.

Lp.	ŚWIADCZENIA	MINIMALNA WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA W ZŁ	ZA ZWIĘKSZENIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA MINIMALNEGO NA KWOTĘ NIE MNIJSZĄ NIŻ	PROPONOWANA PRZEZ WYKONAWCĘ WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA
1	z tytułu urodzenia się dziecka	1500	1600 zł – Wykonawca otrzyma 6 pkt	
2	z powodu choroby, za każdy dzień pobytu w szpitalu	60	70 zł - Wykonawca otrzyma 5 pkt	
3	z zakresu operacji chirurgicznych I klasy	2000	2100 zł – Wykonawca otrzyma 3 pkt	
4	z zakresu operacji chirurgicznych II klasy	1200	1300 zł – Wykonawca otrzyma 3 pkt	
5	z zakresu operacji chirurgicznych III klasy	400	500 zł – Wykonawca otrzyma 3 pkt	

8. W przypadku niewybrania opcji zwiększenia wysokości świadczeń Zamawiający przyzna **0 pkt**.
9. Oświadczam, że składana oferta jest zgodna z warunkami i treścią zapytania ofertowego.
10. **Proponowane wysokości świadczeń w zakresie ubezpieczenia** (Wykonawca może zwiększyć wysokość świadczeń, natomiast nie otrzyma za to dodatkowych punktów):

MINIMALNY ZAKRES UBEZPIECZENIA	Świadczenie w łącznej skumulowanej wysokości nie mniejsze niż	Proponowane świadczenie w łącznej skumulowanej wysokości
Śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego w pracy	150 000 zł	
Śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego	120 000 zł	
Śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy	90 000 zł	
Śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	60 000 zł	
Śmierć ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu	70 000 zł	
Śmierć ubezpieczonego	50 000 zł	
Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany: nieszczęśliwym wypadkiem, - za każdy 1% trwałego uszczerbku / - 100% trwałego uszczerbku	480 zł/48 000 zł	
Z TYTUŁU ZGONU WSPÓŁUBEZPIECZONYCH:		
Małżonka lub Partnera Życiowego	12 000 zł	
Małżonka lub Partnera Życiowego na skutek NW	24 000 zł	
Dziecka ubezpieczonego	3 500 zł	
Noworodka martwo urodzonego, jeżeli urodzenie zostało zarejestrowane	3 000 zł	
Rodziców ubezpieczonego	2 300 zł	
Rodziców małżonka ubezpieczonego	2 300 zł	
Z tytułu urodzenia się dziecka	1 500 zł	
Z tytułu zgonu ubezpieczonego - jednorazowe świadczenie dla każdego dziecka ubezpieczonego w wieku do 18-tu lat, a w razie uczęszczania do szkoły w wieku do 25 lat (osierocenie dziecka)	5 000 zł	
CIĘŻKA CHOROBA UBEZPIECZONEGO - odpowiedzialnością są objęte stany chorobowe zgodnie z OWU Ubezpieczyciela.	Suma ubezpieczenia 3300 zł minimum 35 jednostek ciężkich chorób	
POBYT UBEZPIECZONEGO W SZPITALU - rozumie się: udokumentowany pobyt Ubezpieczonego w szpitalu lub w kolejnych szpitalach w celu leczenia szpitalnego, począwszy od pierwszego dnia pobytu (nie dotyczy pobytu na SOR)		
■ z powodu wypadku komunikacyjnego, za każdy dzień (pierwsze 14 dni pobytu/po 14 dniu)	180 zł / 60 zł	
■ z powodu wypadku komunikacyjnego przy pracy, za każdy dzień (pierwsze 14 dni pobytu/po 14 dniu)	210 zł / 60 zł	

■ z powodu wypadku w pracy, za każdy dzień (pierwsze 14 dni pobytu/po 14 dniu)	180 zł / 60 zł	
■ z powodu nieszczęśliwego wypadku, za każdy dzień (pierwsze 14 dni pobytu/po 14 dniu)	150 zł / 60 zł	
■ z powodu zawału serca lub krwotoku śródmózgowego, za każdy dzień (pierwsze 14 dni pobytu/po 14 dniu)	90 zł / 60 zł	
■ z powodu choroby, za każdy dzień	60 zł	
■ świadczenie w razie rekonwalescencji, za każdy dzień (od 1 dnia do 30 dni)	30 zł	
■ pobyt na OIT - wypłacane jako świadczenie jednorazowe lub za każdy dzień (zamawiający przyjmuje pobyt na OIT jako trwający nieprzerwanie co najmniej 48 godz. w trakcie leczenia szpitalnego)	600 zł	
■ rozszerzenie odpowiedzialności poza RP	TAK	
OPERACJE CHIRURGICZNE - operacja wykonana przez lekarza medycyny, przeprowadzona w placówce medycznej w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym		
■ operacja chirurgiczna I klasy	2 000 zł	
■ operacja chirurgiczna II klasy	1 200 zł	
■ operacja chirurgiczna III klasy	400 zł	
■ operacja chirurgiczna IV klasy	300 zł	
■ operacja chirurgiczna V klasy	200 zł	
CIĘŻKA CHOROBA MAŁŻONKA LUB PARTNERA ŻYCIOWEGO - odpowiedzialnością są objęte stany chorobowe zgodnie z OWU Ubezpieczyciela.	2 500 zł minimum 22 jednostek ciężkich chorób	
CIĘŻKA CHOROBA DZIECKA UBEZPIECZONEGO - odpowiedzialnością są objęte stany chorobowe zgodnie z OWU Ubezpieczyciela.	5 000 zł minimum 20 jednostek chorobowych	
OPCJE DODATKOWE OBLIGATORYJNE		
KARTA APTECZNA lub inna usługa o podobnym charakterze i wartości, uprawniająca do odbioru w aptece produktów o wartości 200 zł (po wypłaconym świadczeniu z tytułu leczenia szpitalnego)	TAK	
LECZENIE SPECJALISTYCZNE obejmujące m.in. chemioterapię lub radioterapię; terapię interferonową; wszczepienie kardiowertera lub defibrylatora; wszczepienie rozrusznika serca; ablacja, wady wrodzone i schorzenia będące ich skutkiem.	3 000 zł	
NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY I SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI	10 000 zł	

MEDYCZNY EKSPERT DOMOWY lub inna usługa o podobnym charakterze - obejmujący m.in. takie świadczenia jak opieka domowej pielęgniarce, pomoc w prowadzeniu domu, opieka nad dziećmi, wizyta domowa psychologa, rehabilitanta lub masażyści czy pokrycia kosztów dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego	TAK	
Możliwość ubezpieczenia małżonków, partnerów życiowych i pełnoletnich dzieci	TAK	
W przypadku podpisania umowy z innym ubezpieczycielem niż dotychczas - nie obowiązuje okres karencji dla osób, które przystąpią do ubezpieczenia grupowego z datą startu programu ubezpieczeniowego	TAK	

11. Oświadczam, że w razie wybrania mojej oferty zobowiązuję się do jej zrealizowania w terminie określonym w zapytaniu ofertowym.
12. Oświadczam, że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.
13. Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.
14. Oświadczam, że zapoznałem się ze treścią zapytania ofertowego i nie wnoszę do niej żadnych zastrzeżeń, oraz że uzyskałem wszelkie informacje niezbędne do przygotowania oferty.
15. Oświadczam, że wypełniłem/am obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym zapytaniu.
16. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 r., poz. 835).

Do oferty dołączam pełnomocnictwo/upoważnienie (w sytuacji, gdy ofertę podpisuje osoba, której uprawnienie nie wynika z rejestru lub wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej).

Podpis