

Nazwa Wykonawcy.....  
 .....  
 Adres Wykonawcy .....  
 .....  
 tel./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 2021**” 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
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 -zasiłek 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/zasiłek 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	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
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 partnera, zgon 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/partnera (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>			

.....  
/podpis pełnomocnego  
przedstawiciela Wykonawcy/