

Pieczęć Wykonawcy

Regionalny Ośrodek Doskonalenia
Nauczycieli „WOM” w Częstochowie
Al. Jana Pawła II 126/130
42-200 Częstochowa

FORMULARZ OFERTOWY

W nawiązaniu do specyfikacji istotnych warunków zamówienia w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego nr RODN13_Cz.LK.343-1/11 pn.: „Usługi grupowego ubezpieczenie na życie pracowników, współmałżonków pracowników oraz pełnoletnich dzieci pracowników Regionalnego Ośrodka Doskonalenia Nauczycieli „WOM” w Częstochowie”, organizowanego w trybie przetargu nieograniczonego, w imieniu firmy:

(Wykonawca: nazwa firmy / imię i nazwisko przedsiębiorcy)

(adres siedziby Wykonawcy)

NIP REGON

Nr KRS / nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej
e'mail tel
fax.....

1. Oferujemy realizację zamówienia w pełnym zakresie objętym Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia, za kwotę:

CAŁKOWITA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA				
Grupa ubezpieczonych Zamawiającego	Liczba osób	Składka miesięczna za 1 osobę	Wartość zamówienia dla okresu 12 miesięcy (1)x(2)x12	Podatek Vat
	1	2	3	4
Pracownicy ich współmałżonkowie, pełnoletnie dzieci	104	51,60		zwolnione
Razem				

Całkowita wartość brutto: zł
(słownie.....)

Wysokość i rodzaje świadczeń:

Maksymalna składka miesięczna 51,60 zł.

Ubezpieczone ryzyka	Wysokość świadczeń(kwoty do wypłaty z tytułu realizacji ryzyka)	Wysokość świadczenia proponowana przez Wykonawcę -S	Waga dla danej pozycji -W
	Zakres		
Śmierć ubezpieczonego	40 000 zł		6,0
Śmierć ubezpieczonego - wypadek komunikacyjny	120 000 zł		5,0
Śmierć ubezpieczonego - wypadek w pracy	120 000 zł		5,0
Śmierć ubezpieczonego – nieszczęśliwy wypadek	80 000 zł		5,0
Śmierć ubezpieczonego – zawał serca/udar mózgu	56 000 zł		6,0
Osierocenie dziecka	4 000 zł		1,0
Uszczerbek na zdrowiu - NW (za 1%)	320 zł		5,0
Uszczerbek na zdrowiu – zawał serca/udar mózgu (za 1%)	320 zł		5,0
Śmierć współmałżonka	16 000 zł		6,0
Śmierć współmałżonka - NW	24 000 zł		5,0
Śmierć dziecka	2 172 zł		1,0
Śmierć rodziców/teściów	2 172 zł		1,0
Urodzenie się martwego dziecka	3 200 zł		1,0
Urodzenie się dziecka	1 600 zł		1,0
Trwała niezdolność do pracy	8 000 zł		1,0
Poważne (ciężkie) zachorowanie	4 000 zł		1,0

Pobyt w szpitalu do 14 dni	Wysokość świadczeń(kwoty do wypłaty z tytułu realizacji ryzyka)	Wysokość świadczenia proponowana przez Wykonawcę - S	Waga dla danej pozycji -W
Zdarzenie spowodowane:	Zakres		
Nieszczęśliwym wypadkiem	100 zł		1,0
Wypadkiem przy pracy	120 zł		1,0
Wypadkiem komunikacyjnym	120 zł		1,0
Zawałem serca/udarem mózgu	60 zł		1,0
Chorobą	40 zł		1,0

Pobyt w szpitalu powyżej 14 dni	Wysokość świadczeń(kwoty do wypłaty z tytułu realizacji ryzyka)	Wysokość świadczenia proponowana przez Wykonawcę - S	Waga dla danej pozycji -W
Zdarzenie spowodowane:	Zakres		
Chorobą	40 zł		1,0
Nieszczęśliwym wypadkiem (niezależnie od jego rodzaju)	40 zł		1,0

Dodatkowe świadczenia związane bezpośrednio z pobytem w szpitalu	Wysokość świadczeń(kwoty do wypłaty z tytułu realizacji ryzyka)	Wysokość świadczenia proponowana przez Wykonawcę - S	Waga dla danej pozycji - W
Zdarzenie:	Zakres		
Świadczenie za dzień rekonwalescencji 1)	20 zł		1,0
Świadczenie za pobyt na OIOM 2)	400 zł		1,0

Operacje chirurgiczne	Wysokość świadczeń (kwoty do wypłaty z tytułu realizacji ryzyka)	Wysokość świadczenia proponowana przez Wykonawcę -S	Waga dla danej pozycji -W
	Zakres		
Operacje I stopnia	1 500 zł		1,0
Operacje II stopnia	900 zł		1,0
Operacje III stopnia	300 zł		1,0

Gwarancja kontynuacji ubezpieczenia zgodnie z OWU Wykonawcy	TAK		1,0
Inne – dodatkowa klauzula w zakresie rozszerzenia listy chorób o dodatkowe min 5 chorób. W formularzu ofertowym należy zamieścić krótki opis	TAK/NIE**		1,0
Inne – zdefiniowane przez Wykonawcę (w formularzu ofertowym należy zamieścić krótki opis)	TAK/NIE**		1,0

**wybór Wykonawcy - należy pozostawić właściwe. Punkty zostaną przyznane Wykonawcy, który w ramach oferowanej składki miesięcznej zaoferuje świadczenie dodatkowe tj. pozostawi w formularzu ofertowym słowo TAK

2. Zobowiązujemy się realizować przedmiot zamówienia na zaoferowanych powyżej warunkach przez okres **12 miesięcy od podpisania umowy.**

3. Oświadczamy, iż cena oferty została obliczona zgodnie z wymaganiami Zamawiającego określonymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami udziału w postępowaniu określonymi w SIWZ i nie wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy niezbędne informacje do przygotowania oferty.

5. Oświadczamy, iż posiadamy oddział / filię / delegaturę / przedstawicielstwo w Częstochowie, czynne minimum 5 dni w tygodniu, którego pracownicy będą upoważnieni do reprezentowania Wykonawcy, a w szczególności do przyjmowania dokumentacji, zgłoszeń szkód, potwierdzania dokumentów za zgodność z oryginałem itp. czynności niezbędnych do sprawnego obsługi ubezpieczonych w zakresie szkodowym.

Adres:

(należy podać dokładny adres: ulica, nr domu/mieszkania, kod pocztowy)

6. Oświadczamy, iż zapoznaliśmy się z opisem przedmiotu zamówienia oraz, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą zgodnie z art. 85 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2010r. Nr 113, poz. 759 ze zm.) tzn. przez 30 dni od upływu terminu składania ofert.

7. Oświadczamy, że istotne postanowienia umowy zawarte w siwz zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy zawierającej przedmiotowe postanowienia, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.

8. Ofertę niniejszą składamy na kolejno ponumerowanych stronach.

Załącznikami do niniejszej oferty - stanowiącymi jej integralną część - są zgodnie ze SIWZ następujące dokumenty (**patrz ROZDZIAŁ VII SIWZ**):

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

Podpis/y Wykonawcy

Częstochowa dnia,.....