



Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

Formularz oferty

Nazwa Wykonawcy: .....

Adres Wykonawcy: .....

Adres e-mail: .....

Telefon: .....

Nr rachunku bankowego: .....

**Dobrowolne ubezpieczenie grupowe pracowników Regionalnej Dyrekcji Ochrony Środowiska w Rzeszowie ich współmałżonków/ partnerów oraz pełnoletnich dzieci**

**Nr postępowania – WOA.261.36.2019.JM.2**

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z poniższą tabelą:

**WARIANT 1**

Lp.	Zakres ubezpieczenia	Minimalna wysokość świadczenia w PLN	Wysokość świadczenia w PLN proponowana przez Wykonawcę (nie niższa niż minimalna)**
<b>Zakres ubezpieczenia dla Ubezpieczonego</b>			
1*	Śmierć naturalna ubezpieczonego	45 000,00 zł	
2	Śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	90 000,00 zł	
3	Śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego	135 000,00 zł	
4	Śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy	135 000,00 zł	
5	Śmierć ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu	60 000,00 zł	
6	Śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy	190 000,00 zł	
7*	Uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku - świadczenie za 1%	400,00 zł	
8	Uszczerbek na zdrowiu w wyniku	40 000,00 zł	

	nieszczęśliwego wypadku - świadczenie za 100%		
9*	Ciężkie zachorowanie ubezpieczonego (dołączyć wykaz chorób)	4 000,00 zł	
10.	Operacje ubezpieczonego	2 000,00 zł	
<b>Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu od 1 do 14 dni</b>			
11	Świadczenie za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą	50, 00 zł	
12	Świadczenie za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem	100, 00 zł	
13	Świadczenie za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym	130, 00 zł	
14	Świadczenie za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy	130, 00 zł	
15	Świadczenie za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym przy pracy	170, 00 zł	
16	Świadczenie za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu	80, 00 zł	
17	Świadczenie za dzień pobytu w szpitalu na OIOM (OIT)	130,00 zł	
<b>Dzienne świadczenia z tytułu pobytu szpitalu powyżej 14 dni</b>			
18	Świadczenie za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą	50, 00 zł	
19	Świadczenie za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem	55, 00 zł	
20	Świadczenie za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym	100, 00 zł	
21	Świadczenie za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy	100, 00 zł	
22	Świadczenie za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym przy pracy	100, 00 zł	
23	Świadczenie za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu	80, 00 zł	
24	Pobyt na OIOM (OIT)	100, 00 zł	
25	Rekonwalescencja po pobycie w	30,00 zł	

\* - w przypadku gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO Wykonawca nie składa treści oświadczenia (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

	szpitalu (maksymalnie 30 dni) (za jeden dzień rekonwalescencji)		
<b>Zakres ubezpieczenia dla współmałżonka/partnera</b>			
26	Śmierć naturalna małżonka/partnera	10 000, 00 zł	
27	Śmierć małżonka/partnera w wyniku NNW	30 000, 00 zł	
28	Ciężkie zachorowanie małżonka/partnera ubezpieczonego (dołączyć wykaz chorób)	3 000, 00 zł	
29	Pobyt współmałżonka/partnera w szpitalu spowodowanego chorobą 1-14 dni (za 1 dzień pobytu)	30,00 zł	
30	Pobyt współmałżonka/partnera w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem 1-14 dni (za 1 dzień pobytu)	40,00 zł	
<b>Zakres ubezpieczenia dla rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka</b>			
31	Śmierć dziecka	3 000, 00 zł	
32	Urodzenie martwego dziecka	2 800, 00 zł	
33*	Urodzenie się dziecka	1 500, 00 zł	
34	Osierocenie dziecka	3 000, 00 zł	
35	Poważne zachorowanie dziecka (dołączyć wykaz chorób)	3 500, 00 zł	
36*	Śmierć rodziców /teściów	1 600, 00 zł	
37	Pobyt dziecka w szpitalu - kwota świadczenia jednorazowa za co najmniej 5 dni pobytu lub kwota za dzień pobytu 60 zł	400,00 zł lub 60 zł/dzień	
<b>Klauzule dodatkowe i inne postanowienia szczególnie preferowane (TAK/NIE)</b>			
38	Doraźna ochrona medyczna		
39***	Klauzula internetowego systemu zgłaszania roszczeń przez ubezpieczonych		
Maksymalna składka miesięczna za jednego ubezpieczonego		45, 00 zł	

\*ryzyka dodatkowo punktowane za podwyższenie wysokości świadczeń

\*\*wypełnia Wykonawca

\*\*\*Klauzula dodatkowo punktowana

Za cenę łączną wyliczoną na podstawie: prognozowanej ilości osób, które przystąpią do ubezpieczenia tj. 52 x składka miesięczna na 1 osobę w **Wariancie nr 1** x 24 miesiące

Cenę netto: ..... zł

Podatek VAT: ..... Zł

\* - w przypadku gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO Wykonawca nie składa treści oświadczenia (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

Cenę brutto: ..... Zł

(słownie brutto: .....)

## WARIANT 2

Lp.	Zakres ubezpieczenia	Minimalna wysokość świadczenia w PLN	Wysokość świadczenia w PLN proponowana przez Wykonawcę (nie niższa niż minimalna)**
<b>Zakres ubezpieczenia dla Ubezpieczonego</b>			
1*	Śmierć naturalna ubezpieczonego	60 000,00 zł	
2	Śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	100 000,00 zł	
3	Śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego	145 000,00 zł	
4	Śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy	145 000,00 zł	
5	Śmierć ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu	75 000,00 zł	
6	Śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy	210 000,00 zł	
7*	Uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku - świadczenie za 1%	550,00 zł	
8	Uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku - świadczenie za 100%	55 000,00 zł	
9*	Ciężkie zachorowanie ubezpieczonego (dołączyć wykaz chorób)	6 000,00 zł	
10.	Operacje ubezpieczonego	3 000,00 zł	
<b>Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu od 1 do 14 dni</b>			
11	Świadczenie za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą	60, 00 zł	
12	Świadczenie za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem	120, 00 zł	
13	Świadczenie za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym	150, 00 zł	
14	Świadczenie za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy	150, 00 zł	
15	Świadczenie za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego	190, 00 zł	

\* - w przypadku gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO Wykonawca nie składa treści oświadczenia (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

	nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym przy pracy		
16	Świadczenie za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu	100, 00 zł	
17	Świadczenie za dzień pobytu w szpitalu na OIOM (OIT)	200,00 zł	
<b>Dzienne świadczenia z tytułu pobytu szpitalu powyżej 14 dni</b>			
18	Świadczenie za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą	60, 00 zł	
19	Świadczenie za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem	70, 00 zł	
20	Świadczenie za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym	110, 00 zł	
21	Świadczenie za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy	110, 00 zł	
22	Świadczenie za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym przy pracy	110, 00 zł	
23	Świadczenie za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu	100, 00 zł	
24	Pobyt na OIOM (OIT)	150, 00 zł	
25	Rekonwalescencja po pobycie w szpitalu (maksymalnie 30 dni) (za jeden dzień rekonwalescencji)	50, 00 zł	
<b>Zakres ubezpieczenia dla współmałżonka/partnera</b>			
26	Śmierć naturalna małżonka/partnera	15 000, 00 zł	
27	Śmierć małżonka/partnera w wyniku NNW	39 000, 00 zł	
28	Ciężkie zachorowanie małżonka/partnera ubezpieczonego (dołączyć wykaz chorób)	6 000, 00 zł	
29	Pobyt współmałżonka/partnera w szpitalu spowodowanego chorobą 1-14 dni (za 1 dzień pobytu)	40,00 zł	
30	Pobyt współmałżonka/partnera w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem 1-14 dni (za 1 dzień pobytu)	50,00 zł	
<b>Zakres ubezpieczenia dla rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka</b>			
31	Śmierć dziecka	4 000, 00 zł	
32	Urodzenie martwego dziecka	3 800, 00 zł	
33*	Urodzenie się dziecka	2 500, 00 zł	

\* - w przypadku gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO Wykonawca nie składa treści oświadczenia (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

34	Osierocenie dziecka	5 000, 00 zł	
35	Poważne zachorowanie dziecka (dołączyć wykaz chorób)	5 500, 00 zł	
36*	Śmierć rodziców /teściów	2 600, 00 zł	
37	Pobyt dziecka w szpitalu - kwota świadczenia jednorazowa za co najmniej 5 dni pobytu lub kwota za dzień pobytu 60 zł	600,00 zł lub 60 zł/dzień	
<b>Klauzule dodatkowe i inne postanowienia szczególnie preferowane (TAK/NIE)</b>			
38	Doraźna ochrona medyczna		
39***	Klauzula internetowego systemu zgłaszania roszczeń przez ubezpieczonych		
Maksymalna składka miesięczna za jednego ubezpieczonego		70, 00 zł	

\*ryzyka dodatkowo punktowane za podwyższenie wysokości świadczeń

\*\*wypełnia Wykonawca

\*\*\*Klauzula dodatkowo punktowana

Za cenę łączną wyliczoną na podstawie: prognozowanej ilości osób, które przystąpią do ubezpieczenia tj. 52 x składka miesięczna na 1 osobę **w Wariancie nr 2** x 24 miesiące

Cenę netto: ..... zł

Podatek VAT: ..... Zł

Cenę brutto: ..... Zł

(słownie brutto: .....)

- Oświadczam, że cena zawiera prawidłowo naliczony podatek VAT zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- Oświadczam, że zapoznałem/am się ze szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
- Oświadczam, że zamówienie realizowane będzie zgodnie z przepisami wynikającymi z ustawy z dnia 11 września 2015 r. o *działalności ubezpieczeniowej* i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 381), oraz innymi obowiązującymi przepisami prawnymi w tym zakresie.
- Oświadczam, że w przypadku wyboru oferty podpiszę umowę i zrealizuję zamówienie.
- Oświadczam, że zapoznałem/am się z Polityką środowiskową RDOŚ Rzeszów (<http://rzeszow.rdos.gov.pl/system-ekozaradzania-i-audytu-emas>) i zobowiązuje się postępować zgodnie z wymaganiami prawnymi w zakresie ochrony środowiska.
- Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>1)</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

\* - w przypadku gdy Wykonawca *nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego*, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO *Wykonawca nie składa treści oświadczenia (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).*

8. Załącznikami do niniejszego formularza oferty stanowiącymi integralną część oferty są:

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....

....., dnia .....

.....

(pieczęć i podpis  
Wykonawcy lub osoby  
uprawnionej)

\* - w przypadku gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO Wykonawca nie składa treści oświadczenia (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).