

Gmina Wąpielsk
Wąpielsk 20
87-337 Wąpielsk
NIP 892-148-26-82
tel: 056/493-83-21, fax: 056/493-83-22
e-mail: ug@wapielsk.pl
www.wapielsk.pl

W związku z kończącym się okresem ubezpieczenia dotyczącego:
Grupowe ubezpieczenie pracowników, małżonków/ partnerów życiowych oraz pełnoletnich dzieci
pracowników Gminy Wąpielsk
Prosimy o przedstawienie oferty dotyczącej realizacji tego zadania

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Przedmiot zamówienia obejmuje grupowe ubezpieczenie pracowników, małżonków/partnerów życiowych oraz pełnoletnich dzieci pracowników Gminy Wąpielsk, Szacowana liczba osób do ubezpieczenia - 110.

Lp.	NAZWA JEDNOSTKI	ADRES	NIP	REGON	Liczba zatrudnionych pracowników
1	Urząd Gminy w Wąpielsku	87-337 Wąpielsk	878-10-16-708	000547098	110
2	Zespół Administracyjny Szkół w Wąpielsku	87-337 Wąpielsk	878-10-44-627	870341664	

Podana liczba osób zatrudnionych nie stanowi zobowiązania, iż wszystkie osoby przystąpią do ubezpieczenia. Dane te mają charakter informacyjny, w okresie obowiązywania umowy mogą ulec zmianie. Zamawiający opłaci składki osób, które faktycznie przystąpią do ubezpieczenia.

7. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA

Termin wykonania przedmiotu zamówienia: **24 miesiące, od 01.11.2016r do 31.10.2018r.**

Niniejsze zapytanie jest tylko rozeznaniem rynku i nie stanowi podstawy do podpisania umowy ubezpieczenia. Ma na celu jedynie sprawdzenie rynku celu jego rozpoznania przed przystąpieniem do przygotowania postępowania.

WÓJT
Dariusz Górski

Wykonawca/ Wykonawcy wspólnie
ubiegający się o udzielenie
zamówienia*

* (w przypadku Wykonawców
wspólnie ubiegających się o
udzielenie zamówienia w formularzu
Oferty należy wpisać wszystkich
Wykonawców wspólnie ubiegających
się o udzielenie zamówienia)

..... dnia

Nazwa:.....

Województwo:.....

Miejscowość:.....

Kod pocztowy:.....

Kraj:.....

Adres pocztowy (ulica, nr domu i lokalu):

Tel.:.....

Fax:.....

e-mail:

FORMULARZ OFERTOWY

**na grupowe ubezpieczenie pracowników, małżonków/partnerów życiowych oraz pełnoletnich dzieci
pracowników Gminy Wąpielsk**

składamy niniejszą ofertę I OŚWIADCZAMY, ŻE:

1. oferujemy wykonanie zadania na warunkach:

Składka miesięczna za Ubezpiezonego	Maksymalna, dopuszczalna przez Zamawiającego, składka za Ubezpiezonego	Szacowana ilość osób do ubezpieczenia
..... zł	50,00 zł	

2. Wysokość świadczeń

L.P.	Maksymalna dopuszczalna składka miesięczna	50 zł	
		Minimalna wysokość świadczeń w PLN	Oferta
1	Zgon Ubezpiezonego (zgon naturalny)	44 000	
2	Zgon Ubezpiezonego w wyniku zawału lub udaru mózgu	80 000	
3	Zgon Ubezpiezonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	96 500	
4	Zgon Ubezpiezonego w wyniku wypadku przy pracy	144 500	
5	Zgon Ubezpiezonego w wypadku komunikacyjnym	144 500	
6	Zgon Ubezpiezonego w wypadku komunik. przy pracy	192 500	

7	Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (za każdy 1% uszczerbku)	445	
8	Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu (za każdy 1% uszczerbku)	350	
9	Zgon małżonka Ubezpieczonego	15 000	
10	Zgon małżonka Ubezpieczonego wskutek NW	33 500	
11	Zgon rodziców/teściów Ubezpieczonego	2 020	
12	Zgon dziecka	8 500	
13	Zgon noworodka	4 300	
14	Urodzenie dziecka	1 700	
15	Osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego	6 000	
16	Wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania	7 050	
17	Wystąpienie u małżonka Ubezpieczonego poważnego zachorowania	6 000	
18	Trwała niezdolność do pracy	10 000	
19	Leczenie specjalistyczne	1 390	
20	Operacje Chirurgiczne (najniższa możliwa pojedyncza wypłata z tytułu operacji chirurgicznej)	200	
	Leczenie szpitalne ubezpieczonego		
	Rozszerzenie odpowiedzialności: RP plus kraje UE	Tak	
21	w związku z chorobą	73	
22	w związku z nieszczęśliwym wypadkiem (od 1 do 14 dnia)	285	
23	w związku z wypadkiem komunikacyjnym (od 1 do 14 dnia)	305	
24	w związku z wypadkiem przy pracy (od 1 do 14 dnia)	305	
25	w związku z wypadkiem komunikacyjnym przy pracy (od 1 do 14 dnia pobytu)	325	
26	w związku z zawałem serca lub udarem mózgu (od 1 do 14 dnia)	138	
27	w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, wypadkiem komunikacyjnym, przy pracy, zawałem serca lub udarem mózgu (od 15 dnia pobytu)	73	
28	pobyt na Oddziale Intensywnej Terapii (jednorazowe świadczenie)	760	
29	świadczenie za rekonwalescencję (dziennie)	28	
	Leczenie szpitalne małżonka ubezpieczonego		
	Rozszerzenie odpowiedzialności: RP plus kraje UE	Tak	
30	w związku z chorobą (od 1 do 14 dnia)	66	
31	w związku z nieszczęśliwym wypadkiem (od 1 do 14 dnia)	132	
32	w związku z chorobą (od 15 dnia)	33	
33	w związku z nieszczęśliwym wypadkiem (od 15 dnia)	66	
	Prawo do indywidualnej kontynuacji	Tak	---

Klauzule dodatkowe

Nr klauzuli	Nazwa klauzuli			TAK/NIE **	Uwagi
1.	Klauzula rozszerzenia listy chorób w ramach świadczenia za poważne zachorowanie ubezpieczonego			TAK/NIE	za każdą jednostkę chorobową dodatkowe punkty
Propozycja własnego Katalogu poważnych zachorowań zgodnie z OWU (nie mniej niż 22 jednostki chorobowe)					TAK/NIE
Borelioza		TAK / NIE		Bezpłodność spowodowana chorobą	TAK/NIE
Choroba aorty brzusznej		TAK / NIE		Bakteryjne zapalenie mózgu lub opon rdzeniowo-mózgowych	TAK/NIE
Choroba aorty piersiowej		TAK / NIE		Zakażona martwica trzustki	TAK/NIE
Gruźlica		TAK / NIE		Bakteryjne zapalenie wsierdza	TAK/NIE
Przewlekłe zapalenie wątroby		TAK / NIE		Stwardnienie rozsiane	TAK/NIE
Utrata kończyny wskutek choroby		TAK / NIE		Oparzenia	TAK/NIE
Utrata słuchu		TAK / NIE		Transplantacja organów	TAK/NIE
Wada serca		TAK / NIE		Utrata wzroku	TAK/NIE
Choroba neuronu ruchowego		TAK / NIE		Oponiak	TAK/NIE
Choroba Huntingtona		TAK / NIE		Choroba Parkinsona	TAK / NIE
2.	Klauzula wydłużenia okresu wypłaty za świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu			TAK/NIE	
3.	Klauzula zniesienia karencji			TAK/NIE	
4.	Klauzula wypłaty świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu wskutek choroby			TAK/NIE	
5.	Klauzula rozszerzenia zakresu terytorialnego za świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu			TAK/NIE	
6.	Klauzula dodatkowa na wypadek urodzenia się dziecka Ubezpieczonego z Apgar poniżej 5			TAK/NIE	.
7.	Klauzula wynagrodzenia za czynności przygotowawcze			TAK/NIE	
8.	Klauzula stażu do Indywidualnej Kontynuacji			TAK/NIE	
9.	Klauzula zgonu dziecka			TAK/NIE	
10.	Klauzula rozszerzenia katalogu operacji chirurgicznej			TAK/NIE	
11.	Klauzula pobytu w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym			TAK/NIE	
12.	Klauzula wydłużenia okresu rekonwalescencji			TAK/NIE	
13.	Klauzula skrócenia wymaganego czasu pobytu w szpitalu			TAK/NIE	
14.	Klauzula zachowania warunków na Indywidualnej Kontynuacji			TAK/NIE	
15.	Klauzula dostępności placówki			TAK/NIE	

**Wpisanie TAK – zaakceptowanie danej klauzuli dodatkowej,

Wpisanie NIE – brak akceptacji danej klauzuli dodatkowej,

PONADTO OŚWIADCZAMY, ŻE:

- termin realizacji zamówienia: 24 **miesiące, od 01.11.2016r do 31.10.2018r.,**
- uprawnionym przedstawicielem do kontaktów w sprawie oferty jest Pan/Pani....., tel.:, fax.:, adres e-mail:.....

.....
(pieczęć i podpis Wykonawcy/-ów)