Załącznik nr 2

**FORMULARZ OFERTY NA USŁUGĘ UBEZPIECZENIA**

**INSTYTUTU MATKI I DZIECKA**

**PAKIET I**

1. Nazwa i adres Wykonawcy (ubezpieczyciela):

.............................................................................................................................................

1. Cena ostateczna oferty (słownie) na okres 24 miesięcy:

.............................................................................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa ryzyka** | **Wysokość składki na okres**  **12 m-cy** | **Wysokość składki na okres**  **24 m-cy** |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą |  |  |
| 2 | Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia działalności medycznej |  |  |
| 3 | Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności i posiadanego mienia |  |  |
| 4 | Klauzule rozszerzające zakres ochrony ubezpieczeniowej |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |

1. Sumy gwarancyjne, sumy ubezpieczenia, limity, udziały własne i franszyzy zgodnie z SIWZ

**KLAUZULE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

| **Nazwa klauzuli** | **Liczba pkt przypisana klauzuli** | **Składka za 12 m-cy** | **Składka za 24 m-cy** | **Przyjęta TAK/NIE** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Klauzula stempla bankowego | Obligatoryjna |  |  |  |
| 1. Klauzula likwidatora szkód | 20 |  |  |  |
| **RAZEM** | **-** |  |  | **-** |

1. Składka za ubezpieczenie zostanie rozłożona na cztery raty w każdym okresie polisowania.
2. Wykonawca oświadcza, że zapoznał się z warunkami przetargu, uzyskał informacje niezbędne do oszacowania ryzyka, przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz, że nie wnosi żadnych zastrzeżeń do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia. Wykonawca oświadcza również, że zapoznał się z zapisami Umowy Generalnej i w pełni akceptuje jej treść.
3. Wykonawca oświadcza, że jest związany niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.
4. Wykonawcza oświadcza, że do oferty mają zastosowanie następujące Ogólne Warunki Ubezpieczenia:
5. Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia działalności medycznej

Obowiązujące OWU:……………………………………………………………,

1. Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności i posiadanego mienia

Obowiązujące OWU:……………………………………………………………,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ………................................, | ………................... | ………................................................ |
| Miejscowość | Data | Podpis i pieczęć Wykonawcy |