

KALKULACJA

Usługa grupowego ubezpieczenia na życie dla pracowników Urzędu Miasta i Gminy we Wrześni oraz jednostek organizacyjnych, ich współmałżonków i pełnoletnich dzieci

Składka miesięczna za jednego ubezpieczonego za poniższy zakres ubezpieczenia – zł

Tabela Nr 1: I-B1 – świadczenia obligatoryjne

Lp.	Rodzaj świadczenia	Wymagane, minimalne wartości świadczeń (wartości skumulowań) w złotych	Maksymalna ilość punktów za poszczególne świadczenie	Oferta Wykonawcy - wzrost % wysokości świadczenia	Oferta Wykonawcy - wysokość świadczenia po procentowym zwiększeniu wysokości świadczenia w złotych	Ilość przyznanych punktów
A	B	C	D	E	F	G
1	Śmierć ubezpieczonego w wypadku komunikacyjnym w pracy	200 000,00	4			
2	Śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego	150 000,00	4			
3	Śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy	150 000,00	4			
4	Śmierć ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	100 000,00	10			
5	Śmierć ubezpieczonego spowodowana zawałem lub krwotokiem śródmózgowym (wylew)	60 000,00	8			
6	Śmierć ubezpieczonego (naturalna, wskutek choroby)	50 000,00	10			
7	Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu	400,00	7			
8	Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego spowodowany zawałem lub krwotokiem śródmózgowym (wylewem) – za 1% trwałego uszczerbku	440,00	7			
9	Śmierć małżonka ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem (łącznie z pkt 10)	27 000,00	7			
10	Śmierć współmałżonka	30 000,00	10			
11	Śmierć dziecka własnego, przysposobionego oraz pasierba (jeżeli nie żyje ojciec lub matka) – bez ograniczenia wieku dziecka	4 000,00	7			
12	Śmierć rodzica lub rodzica małżonka ubezpieczonego	3 000,00	7			
13	Urodzenie się dziecka ubezpieczonemu	2 000,00	5			
14	Urodzenie się dziecka martwego ubezpieczonemu/zgon noworodka	3 000,00	5			
15	Urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną	4 000,00	5			
16	Osierocenie dziecka przez ubezpieczonego	4 000,00	5			

17	Leczenie szpitalne	min. 3 dni, max. 90 dni	-	-	-	-
a)	za każdy dzień pobytu w wyniku wypadku komunikacyjnego w pracy do 14 dni	135,00	5			
b)	za każdy dzień pobytu w wyniku wypadku komunikacyjnego do 14 dni	135,00	5			
c)	za każdy dzień pobytu w wyniku nieszczęśliwego wypadku w pracy do 14 dni	112,50	5			
d)	za każdy dzień pobytu w wyniku zawału serca lub udarem mózgu do 14 dni	67,50	5			
e)	za każdy dzień pobytu w szpitalu na skutek choroby	50,00	5			
f)	za każdy dzień pobytu w szpitalu na skutek nieszczęśliwych wypadków powyżej 14 dnia	50,00	5			
g)	świadczenie za pobyt na OIOM/OIT – dodatkowo jednorazowo	450,00	5			
h)	za każdy dzień rehabilitacji poszpitalnej (po pobycie w szpitalu trwającym minimum 10 dni)	25,00	5			
18	Poważne zachorowanie (zgodnie z wykazem opisanym w definicjach	5 500,00	5			
19	Liczba jednostek chorobowych dot. świadczenia – poważne zachorowanie	27	Zgodnie z opisem w SIWZ Załącznik nr 2			
20	Wystąpienie u ubezpieczonego operacji chirurgicznej:	a) Operacje ciężkie – kwota nie mniejsza niż 6.000 zł b) najniższe świadczenie – kwota nie mniejsza niż 600 zł	-	-		-
21	Leczenie specjalistyczne	4 000,00	10			
22	Powstanie niezdolności do samodzielnej egzystencji	20 000,00	4			
23	Rozszerzenie odpowiedzialności leczenia szpitalnego poza terytorium Polski	w cenie stawki za ubezpieczonego				
RAZEM						

Tabela Nr 2: I-C – rozszerzenie katalogu świadczeń obligatoryjnych, w tym poważne zachorowania

Lp.	Rodzaj świadczenia, opis lub odniesienie do odpowiedniego par. OWU	Oferta Wykonawcy - wysokość świadczenia
A	B	C
1	Poważne zachorowanie współmałżonka (zgodnie z wykazem opisanym w SIWZ – zał. Nr 2)	
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		

LEGENDA dla „Tabela nr 1 - Świadczenia obligatoryjne I-B”:

Kolumna D – Maksymalna ilość punktów za poszczególne świadczenia przyznawana przez Zamawiającego. Punkty dla poszczególnych świadczeń zostały ustalone w przedziale od 1 do 10.

Kolumna E – Wykonawca wpisuje procentowy wzrost wysokości świadczenia (wzrosty co 10% od 0% do 100%) w stosunku do wysokości zaproponowanych w kolumnie nr C.

Kolumna F – Wykonawca wpisuje ostateczną kwotowo wysokość świadczenia po procentowym zwiększeniu wysokości świadczenia (zaoferowana wysokość świadczenia nie może być mniejsza niż minimalne wymagania Zamawiającego wymienione w kolumnie nr C). Jeżeli wysokość świadczenia w danym świadczeniu nie ulega zwiększeniu tylko jest równa wysokości zaproponowanej w kolumnie nr C, Wykonawca wpisuje w kolumnie nr E - 0% oraz powtarza wysokość świadczenia z kolumny nr C w kolumnie nr F. Uwaga! jeżeli procentowe zwiększenie świadczenia nastąpi w przedziałach innych niż 10%, np. 39%, to do przeliczenia punktacji zostanie uznana wartość 30%. W przypadku świadczenia „operacje chirurgiczne”, procentowa wartość wzrostu każdej z klas musi być równa. Po określeniu wysokości każdej klasy, dzięki ich zsumowaniu, otrzymamy ostateczną wartość sumy ubezpieczenia za to świadczenie.

Kolumna G – Wykonawca wpisuje punkty po procentowym zwiększeniu wysokości świadczenia, które są iloczynem maksymalnej ilości punktów za poszczególne świadczenie (kolumna nr D) i procentowego wzrostu wysokości świadczenia (kolumna nr E).

LEGENDA dla „Tabela nr 2 – Rozszerzenie katalogu świadczeń obligatoryjnych I-C”:

Kolumna B - Wykonawca może zaoferować również rozszerzenie katalogu świadczeń obligatoryjnych. W tym przypadku w Wykonawca może dowolnie rozszerzać tabelę i dostosować do swojej oferty. W kolumnie wpisze rodzaj oferowanego świadczenia.

Kolumna C – Wykonawca w przypadku wpisania w kolumnie B dodatkowego świadczenia wpisuje wartość tego świadczenia.