

FORMULARZ OFERTOWY

"Grupowe ubezpieczenie na życie pracowników Zamawiającego oraz członków rodzin pracowników Zamawiającego (małżonków/partnerów życiowych pracowników Zamawiającego oraz pełnoletnich dzieci pracowników Zamawiającego)"

Zamawiający	Politechnika Poznańska Pl. M. Skłodowskiej-Curie 5 60-965 Poznań
Wykonawca	<p>POCZTOWE TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE SA 02-685 Warszawa, ul. Rodziny Hiszpańskich 8 Regon: 360460850 NIP: 5213687070 tel: 22 203 27 01 22 203 27 02 fax: 22 211 04 49</p>
Nazwa, adres, siedziba:	
Nr telefonu:	j.w.
Nr faksu:	j.w.
Adres e-mail:	pocita@ubezpieczenia-pocztae.pl
NIP	j.w.
REGON	j.w.
KRS	0000537026

①

Dud

①

1. CENA BRUTTO OFERTY

L.P.	OPIS CENY	CENA W PLN
1.	Cena - składka miesięczna dla 1 ubezpieczonej osoby - Wariant I	51,00 (pięćdziesiąt jeden)
3.	Cena - składka miesięczna dla 1 ubezpieczonej osoby - Wariant II	57,00 (pięćdziesiąt siedem)
5.	Cena - składka miesięczna dla 1 ubezpieczonej osoby - Wariant III	68,00 (sześćdziesiąt osiem)
7.	Cena - składka miesięczna dla 1 ubezpieczonej osoby - Wariant IV	80,00 (osiemdziesiąt)
9.	Cena - składka miesięczna dla 1 ubezpieczonej osoby - Wariant V	90,00 (dziewięćdziesiąt)

DYREKTOR
ds. Rozwoju Sprzedaży Ubezpieczeń Grupowych

08.03.2017

Data i podpis **Ireneusz Miciakiewicz**

2. WZROST WYSOKOŚCI ŚWIADCZEŃ

L.P.	OPIS WZROSTU WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA	TAK	NIE
1.	Wzrost wysokości świadczenia za zdarzenia z poz. 1, 7, 8, 11 i 16 Tabeli świadczeń obligacyjnych we wszystkich pięciu wariantach ubezpieczenia o 10%		✓
3.	Wzrost wysokości świadczenia za zdarzenia z poz. 1, 7, 8, 11 i 16 Tabeli świadczeń obligacyjnych we wszystkich pięciu wariantach ubezpieczenia o 20%		✓
5.	Wzrost wysokości świadczenia za zdarzenia z poz. 1, 7, 8, 11 i 16 Tabeli świadczeń obligacyjnych we wszystkich pięciu wariantach ubezpieczenia o 30%		✓
7.	Wzrost wysokości świadczenia za zdarzenia z poz. 1, 7, 8, 11 i 16 Tabeli świadczeń obligacyjnych we wszystkich pięciu wariantach ubezpieczenia o 40%		✓
9.	Wzrost wysokości świadczenia za zdarzenia z poz. 1, 7, 8, 11 i 16 Tabeli świadczeń obligacyjnych we wszystkich pięciu wariantach ubezpieczenia o 50% i więcej		✓

DYREKTOR

ds. Rozwoju Sprzedaży Ubezpieczeń Grupowych

Ireneusz Miciałkiewicz

08.03.2019

Data i podpis

3. KLAUZULE FAKULTATYWNE

L.P.	Klauzula fakultatywna	Akceptacja	Brak Akceptacji
1.	Klauzula skrócenia okresu pobytu w szpitalu z powodu choroby uprawniającego do wypłaty świadczenia do 1 dnia pobytu.	✓	✓
2.	Klauzula wydłużenia maksymalnego okresu wypłaty świadczenia za pobyt w szpitalu z 90 do 180 w każdym roku polisowym (ryzyko "Leczenie szpitalne").	✓	
3.	Klauzula rozszerzenia zakresu terytorialnego ryzyka "Leczenie szpitalne" na cały świat.	✓	
4.	Klauzula zniżki/dofinansowania na zakup antybiotyków. *		✓

* Wykonawca zapewni każdemu ubezpieczonemu dostęp do karty uprawniającej do uzyskania min. 80 % zniżki/dofinansowania na zakup w aptece antybiotyków przepisanych na receptę, albo dokona refundacji kosztów zakupu antybiotyków we wskazanej powyżej wysokości na podstawie przesłanego przez ubezpieczonego dowodu zakupu. W przypadku wydania ubezpieczonemu karty Zamawiający wymaga, aby Wykonawca zapewnił możliwość realizacji w/w zniżki/dofinansowania w przynajmniej dziesięciu aptekach zlokalizowanych na terenie miasta Poznania.

DYREKTOR
ds. Rozwoju Sprzedaży Ubezpieczeń Grupowych

08.03.2017

Data i podpis

Renata Miciańkiewicz
Renata Miciańkiewicz

FORMULARZ OFERTOWY

2

"Grupowe ubezpieczenie na życie pracowników Zamawiającego oraz członków rodzin pracowników Zamawiającego (małżonków/partnerów życiowych pracowników Zamawiającego oraz pełnoletnich dzieci pracowników Zamawiającego)"

Wykonawca	Zamawiający	Politechnika Poznańska Pl. M. Skłodowskiej-Curie 5 60-965 Poznań
Nazwa, adres, siedziba:		COMPENSA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group Al. Jerolimskie 162 02-342 Warszawa
Nr telefonu:		22 501 63 41
Nr faksu:		22 501 63 83
Adres e-mail:		Pawel.Jankowski@compensazycie.com.pl
NIP		527 205 28 06
REGON		012806455
KRS		0000043309

Paweł Jankowski
 Pełnomocnik Zarządu
 ds. Przetargów

1. CENA BRUTTO OFERTY

L.P.	OPIS CENY	CENA W PLN
1.	Cena - składka miesięczna dla 1 ubezpieczonej osoby - Wariant I	51,00 PLN
3.	Cena - składka miesięczna dla 1 ubezpieczonej osoby - Wariant II	57,00 PLN
5.	Cena - składka miesięczna dla 1 ubezpieczonej osoby - Wariant III	68,00 PLN
7.	Cena - składka miesięczna dla 1 ubezpieczonej osoby - Wariant IV	80,00 PLN
9.	Cena - składka miesięczna dla 1 ubezpieczonej osoby - Wariant V	90,00 PLN

Data i podpis
 Paweł Jankowski
 Pełnomocnik Zarządu
 ds. Pracejargów

2. WZROST WYSOKOŚCI ŚWIADCZEŃ

L.P.	OPIS WZROSTU WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA	TAK	NIE
1.	Wzrost wysokości świadczenia za zdarzenia z poz. 1, 7, 8, 11 i 16 Tabeli świadczeń obligacyjnych we wszystkich pięciu wariantach ubezpieczenia o 10%		NIE
3.	Wzrost wysokości świadczenia za zdarzenia z poz. 1, 7, 8, 11 i 16 Tabeli świadczeń obligacyjnych we wszystkich pięciu wariantach ubezpieczenia o 20%		NIE
5.	Wzrost wysokości świadczenia za zdarzenia z poz. 1, 7, 8, 11 i 16 Tabeli świadczeń obligacyjnych we wszystkich pięciu wariantach ubezpieczenia o 30%		NIE
7.	Wzrost wysokości świadczenia za zdarzenia z poz. 1, 7, 8, 11 i 16 Tabeli świadczeń obligacyjnych we wszystkich pięciu wariantach ubezpieczenia o 40%		NIE
9.	Wzrost wysokości świadczenia za zdarzenia z poz. 1, 7, 8, 11 i 16 Tabeli świadczeń obligacyjnych we wszystkich pięciu wariantach ubezpieczenia o 50% i więcej		NIE

Paweł Jankowski

Pełnomocnik Zarządu
ds. Przejawów

Data i podpis
DPUB 2014

3. KLAUZULE FAKULTATYWNE

L.P.	Klauzula fakultatywna	Akceptacja	Brak Akceptacji
1.	Klauzula skrócenia okresu pobytu w szpitalu z powodu choroby uprawniającego do wypłaty świadczenia do 1 dnia pobytu.		Brak akceptacji
2.	Klauzula wydłużenia maksymalnego okresu wypłaty świadczenia za pobyt w szpitalu z 90 do 180 w każdym roku polisowym (ryzyko "Leczenie szpitalne").	Akceptacja	
3.	Klauzula rozszerzenia zakresu terytorialnego ryzyka "Leczenie szpitalne" na cały świat.		Brak akceptacji
4.	Klauzula zniżki/dofinansowania na zakup antybiotyków. *		Brak akceptacji

* Wykonawca zapewni każdemu ubezpieczonemu dostęp do karty uprawniającej do uzyskania min. 80 % zniżki/dofinansowania na zakup w aptece antybiotyków przepisanych na receptę, albo dokona refundacji kosztów zakupu antybiotyków we wskazanej powyżej wysokości na podstawie przesłanego przez ubezpieczonego dowodu zakupu. W przypadku wydania ubezpieczonemu karty Zamawiający wymaga, aby Wykonawca zapewnił możliwość realizacji w/w zniżki/dofinansowania w przynajmniej dziesięciu aptekach zlokalizowanych na terenie miasta Poznania.

Paweł Jankowski

Pełnomocnik Zarządu
ds. Przetargów

08.03.2011
Data i podpis

FORMULARZ OFERTOWY

"Grupowe ubezpieczenie na życie pracowników Zamawiającego oraz członków rodzin pracowników Zamawiającego (małżonków/partnerów życiowych pracowników Zamawiającego oraz pełnoletnich dzieci pracowników Zamawiającego)"

Zamawiający	Politechnika Poznańska Pl. M. Skłodowskiej-Curie 5 60-965 Poznań
Nazwa, adres, siedziba:	PZU Życie SA Aleje Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa Oddział Regionalny Plac Cyryla Ratajskiego 8, 61-726 Poznań
Nr telefonu:	065 3082341, kom. 603775119
Nr faksu:	
Adres e-mail:	Kantkow1@pzu.pl
NIP	527-020-60-56
REGON	010572705
KRS	0000030211

Dyrektor
ds. Klienta Korporacyjnego

Karol Antkowiak

1. CENA BRUTTO OFERTY

L.P.	OPIS CENY	CENA W PLN
1.	Cena - składka miesięczna dla 1 ubezpieczonej osoby - Wariant I	52,00 zł pięćdziesiąt dwa złote
3.	Cena - składka miesięczna dla 1 ubezpieczonej osoby - Wariant II	58,00 zł pięćdziesiąt osiem złotych
5.	Cena - składka miesięczna dla 1 ubezpieczonej osoby - Wariant III	69,00 zł sześćdziesiąt dziewięć złotych
7.	Cena - składka miesięczna dla 1 ubezpieczonej osoby - Wariant IV	81,00 zł osiemdziesiąt jeden złotych
9.	Cena - składka miesięczna dla 1 ubezpieczonej osoby - Wariant V	91,00 zł dziewięćdziesiąt jeden złotych

Dyrektor
ds. Klienta Korporacyjnego

Karol Antkowiak

Data i podpis 08.03.2017 r.,

2. WZROST WYSOKOŚCI ŚWIADCZEŃ

L.P.	OPIS WZROSTU WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA	TAK	NIE
1.	Wzrost wysokości świadczenia za zdarzenia z poz. 1, 7, 8, 11 i 16 Tabeli świadczeń obligatoryjnych we wszystkich pięciu wariantach ubezpieczenia o 10%		Nie
3.	Wzrost wysokości świadczenia za zdarzenia z poz. 1, 7, 8, 11 i 16 Tabeli świadczeń obligatoryjnych we wszystkich pięciu wariantach ubezpieczenia o 20%		Nie
5.	Wzrost wysokości świadczenia za zdarzenia z poz. 1, 7, 8, 11 i 16 Tabeli świadczeń obligatoryjnych we wszystkich pięciu wariantach ubezpieczenia o 30%		Nie
7.	Wzrost wysokości świadczenia za zdarzenia z poz. 1, 7, 8, 11 i 16 Tabeli świadczeń obligatoryjnych we wszystkich pięciu wariantach ubezpieczenia o 40%		Nie
9.	Wzrost wysokości świadczenia za zdarzenia z poz. 1, 7, 8, 11 i 16 Tabeli świadczeń obligatoryjnych we wszystkich pięciu wariantach ubezpieczenia o 50% i więcej		Nie

Zyrektor
 is. Klienta Korporacyjnego

Karol Antkowiak

Data i podpis: 08.03.2017 r.

3. KLAUZULE FAKULTATYWNE

L.P.	Klauzula fakultatywna	Akceptacja	Brak Akceptacji
1.	Klauzula skrócenia okresu pobytu w szpitalu z powodu choroby uprawniającego do wypłaty świadczenia do 1 dnia pobytu.	Tak	
2.	Klauzula wydłużenia maksymalnego okresu wypłaty świadczenia za pobyt w szpitalu z 90 do 180 w każdym roku polisowym (ryzyko "Leczenie szpitalne").	Tak	
3.	Klauzula rozszerzenia zakresu terytorialnego ryzyka "Leczenie szpitalne" na cały świat.	Tak	
4.	Klauzula zniżki/dofinansowania na zakup antybiotyków. *	Tak	

* Wykonawca zapewni każdemu ubezpieczonemu dostęp do karty uprawniającej do uzyskania min. 80 % zniżki/dofinansowania na zakup w aptece antybiotyków przepisanych na receptę, albo dokona refundacji kosztów zakupu antybiotyków we wskazanej powyżej wysokości na podstawie przesłanego przez ubezpieczonego dowodu zakupu. W przypadku wydania ubezpieczonemu karty Zamawiający wymaga, aby Wykonawca zapewnił możliwość realizacji w/w zniżki/dofinansowania w przynajmniej dziesięciu aptekach zlokalizowanych na terenie miasta Poznania.

Dyrektor
ds. Klienta Korporacyjnego

Kajol Antkowiak

Data i podpis 08.03.2017 r.,