

FORMULARZ OWU i SZCZEGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZEŃ DO CZĘŚCI NR III

Po zapoznaniu się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia dotyczącą przetargu pn.:

„Kompleksowe ubezpieczenia majątkowe wraz z odpowiedzialnością cywilną, ubezpieczenia komunikacyjne oraz ubezpieczenie członków ochotniczych straży pożarnych” dla Gminy i Miasta Czerwionka-Leszczyny, dotyczącej części nr III – Ubezpieczenie członków ochotniczych straży pożarnych w okresie 01-01-2015 r. do dnia 31-12-2015 r.

My niżej podpisani zobowiązujemy się wykonać przedmiot zamówienia w określonym terminie na warunkach przedstawionych w niniejszej ofercie.

1 Ubezpieczenie członków ochotniczych straży pożarnych w związku z udziałem w działaniach ratowniczych lub ćwiczeniach.

- a) Zakres ochrony: **(Wypełnia Wykonawca)**
- b) Rodzaj świadczeń: **(Wypełnia Wykonawca)**
- c) Wysokość świadczeń: **(Wypełnia Wykonawca)**
- d) Forma ubezpieczenia **(Wypełnia Wykonawca)**

2 Ubezpieczenie członków ochotniczych straży pożarnych podstawa prawna: OWU z dnia nr

- a) Przedmiot ubezpieczenia; **(Wypełnia Wykonawca)**
- b) Forma ubezpieczenia **(Wypełnia Wykonawca)**
- c) Zakres ochrony

Lp.	Zakres ochrony ubezpieczeniowej	Wysokość świadczeń
1	Trwały uszczerbek na zdrowiu	
2	Śmierć w następstwie nieszczęśliwego wypadku albo zdarzenia objętego umową	
3	Koszty nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych	
4	Koszty przeszkolenia zawodowego inwalidów	
5	Koszty leczenia	
6	Oparzenia i odmrożenia	
7	Jednorazowe świadczenie za pobyt w szpitalu	
8	Dieta szpitalna w wysokości za 1 dzień	

Data:
Podpis:
Pieczęć imienna
Nr strony

3 Ubezpieczenie młodzieżowych drużyn pożarniczych podstawa prawna: OWU z dnianr

- a) Przedmiot ubezpieczenia; **(Wypełnia Wykonawca)**
 b) Forma ubezpieczenia **(Wypełnia Wykonawca)**
 c) Zakres ochrony

Lp	Zakres ochrony ubezpieczeniowej	Wysokość świadczeń
1	Trwały uszczerbek na zdrowiu	
2	Śmierć w następstwie nieszczęśliwego wypadku albo zdarzenia objętego umową	
3	Koszty nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych	
4	Koszty przeszkolenia zawodowego inwalidów	
5	Koszty leczenia	
6	Oparzenia i odmrożenia	
7	Jednorazowe świadczenie za pobyt w szpitalu	
8	Dieta szpitalna w wysokości za 1 dzień	

4 Dodatkowe postanowienia do wszystkich punktów: 1, 2,3:

(Wypełnia Wykonawca)

Data:
 Podpis:
 Pieczęćka imienna
 Nr strony