*załącznik nr 3*

|  |
| --- |
|  |
|  |
| pieczęć wykonawcy |

**Wyszczególnienie zakresu ryzyk dodatkowych podlegających ocenie przez Zamawiającego**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Rodzaj ryzyka | TAK/  NIE(\*) |

#### CZĘŚĆ ZAMÓWIENIA NR 1

#### 1. Ubezpieczenie od ognia i innych zdarzeń losowych

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Zakres ubezpieczenia na bazie wszystkich ryzyk | TAK/  NIE |
| 2 | Ograniczenia odszkodowawcze w odniesieniu do ryzyk wymaganych przez Zamawiającego oraz ryzyk dodatkowych | **\_** |
| 2.1.1 | **Franszyza integralna:** brak | TAK/  NIE |
| 2.1.2 | Franszyza integralna: 100 PLN | TAK/  NIE |
| 2.2.1 | **Franszyza redukcyjna lub udział własny**: brak | TAK/  NIE |
| 2.2.2 | Franszyza redukcyjna lub udział własny: 100 PLN | TAK/  NIE |

#### 2. Ubezpieczenie od kradzieży z włamaniem i rabunku

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3 | **Kradzież zwykła** - zabór mienia w celu jego przywłaszczenia niepozostawiający widocznych śladów włamania z niezabezpieczonego lokalu, schowka lub samochodu (przedziału medycznego karetki), o którym powiadomiono Policję w ciągu 24 godz. od powzięcia informacji o zdarzeniu. Limit odpowiedzialności  **10 000 PLN** na jedno i wszystkie zdarzenia | TAK/  NIE |
| 4 | Ograniczenia odszkodowawcze w odniesieniu do ryzyk wymaganych przez Zamawiającego | **\_** |
| 4.1.1 | **Franszyza integralna**: brak | TAK/  NIE |
| 4.1.2 | Franszyza integralna: 100 PLN | TAK/  NIE |
| 4.2.1 | **Franszyza redukcyjna lub udział własny**: brak | TAK/  NIE |
| 4.2.2 | Franszyza redukcyjna lub udział własny: 100 PLN | TAK/  NIE |

**CZĘŚĆ ZAMÓWIENIA NR 2**

#### 3. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej.

#### 1) Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą – NIE DOTYCZY

#### 2) Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej Szpitala z tytułu prowadzenia działalności i posiadania mienia.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Ograniczenia odszkodowawcze w odniesieniu do ryzyk wymaganych przez Zamawiającego | **-** |
| 1.1 | **Franszyza integralna:** brak | TAK/  NIE |
| 1.2 | **Franszyza redukcyjna lub udział własny**: brak | TAK/  NIE |
| 2 | Zwiększenie podlimitów w odniesieniu do ryzyk wymaganych przez Zamawiającego | **\_** |
| 2.1 | **OC z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych** – podlimit 500 000,00 PLN | TAK/  NIE |
| 2.2 | **OC z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych** – podlimit 300 000,00 PLN | TAK/  NIE |

#### 3) Dobrowolne ubezpieczenie OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3 | Ograniczenia odszkodowawcze w odniesieniu do ryzyk wymaganych przez Zamawiającego | **-** |
| 3.1 | **Franszyza integralna:** brak | TAK/  NIE |
| 3.2 | **Franszyza redukcyjna lub udział własny**: brak | TAK/  NIE |

#### CZĘŚĆ ZAMÓWIENIA NR 3

#### 4. Ubezpieczenia komunikacyjne

#### Ubezpieczenie OC

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Dodatkowe świadczenia w ramach zawartej umowy | **-** |
| 1.1 | **pokrycie kosztów holowania** pojazdu po kolizji z innym pojazdem do 150 km | TAK/  NIE |
| 1.2 | **pokrycie kosztów naprawy pojazdu** na miejscu po kolizji z innym pojazdem | TAK/  NIE |
| 1.3 | **pokrycie kosztów** parkowania pojazdu po kolizji z innym pojazdem poza godzinami pracy warsztatu (np. w porze nocnej lub w dni wolne od pracy) do 3 dni | TAK/  NIE |

#### Ubezpieczenia komunikacyjne - AC

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2 | Zakres ubezpieczenia na bazie wszystkich ryzyk | TAK/  NIE |
| 3 | Ograniczenia odszkodowawcze w odniesieniu do ryzyk wymaganych przez Zamawiającego | **-** |
| 3.1 | **Franszyza integralna**: brak | TAK/  NIE |
| 3.2 | Franszyza integralna: 300 PLN | TAK/  NIE |

#### Ubezpieczenie NNW kierowcy i pasażerów – NIE DOTYCZY

*(\*) - TAK – przyjęcie ryzyka, NIE – brak przyjęcia ryzyka.*

*Niniejszą ofertę należy sporządzić w formie elektronicznej, podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (miejscowość, data) |  | (imię i nazwisko)  podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy |