Załącznik nr 1 do SIWZ

*WZÓR*

 **FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA WYKONAWCY (-ów):..........................................................................................................

ADRES WYKONAWCY (-ów): ..........................................................................................................

NR TELEFONU: ..................................................... FAX: ...............................................................

EMAL: .....................................................

NIP: .......................................................... REGON: ........................................................................

1. Nawiązując do ogłoszenia w postępowaniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na **grupowe ubezpieczenie na życie pracowników Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu oraz ich współmałżonków, partnerów życiowych i pełnoletnich dzieci,** nr przetargu ZP/395/U/19 zgodnie z wymaganiami określonymi w SIWZ oświadczamy, iż oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:

**Oferujemy realizację przedmiotu zamówienia** (Wariant I + Wariant II + Wariant III + Wariant IV + Wariant V) **za cenę............................................. złotych,** zgodnie z poniższymi wyliczeniami:

1. **Oferta:**
	1. **Wariant I**
		1. Oferujemy wykonanie usług objętych zamówieniem, zgodnie z wymogami zawartymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, za cenę łączną:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Składka miesięczna łącznie za 1 osobę:
 |  |
| 1. Łączna cena oferty (składka miesięczna za 1 osobę x 36 miesięcy x przewidywana liczba osób – 928
 |  |

*UWAGA. Do oceny kryterium będzie brana pod uwagę łączna cena oferty sporządzona w oparciu o przedstawioną składkę miesięczną. Podane wartości służą jedynie dokonaniu wyboru najkorzystniejszej oferty – rzeczywista wartość może ulec zmianie i zależy od liczby ubezpieczonych.*

**Cena Wariantu I:** ………………………………………………………………………………………….

**słownie:** …………………………………………………………………………………

* + 1. Akceptujemy następujące klauzule dodatkowe i inne postanowienia szczególne preferowane:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr klauzuli** | **Nazwa klauzuli rozszerzającej zakres ochrony** | **Należy wpisać TAK przy zaakceptowanych klauzulach/wariantach klauzuli** |
| **Wariant I** | **Wariant II** | **Brak** |
| 8.1. | Klauzula dodatkowa zniesienia karencji dla pracowników zgłaszanych do ubezpieczenia po raz pierwszy |  | X |  |
| 8.2. | Klauzula dodatkowa zniesienia karencji dla współmałżonków oraz pełnoletnich dzieci zgłaszanych do ubezpieczenia po raz pierwszy |  |  |  |
| 8.3. | Klauzula dodatkowa zniesienia karencji dla partnerów życiowych |  |  |  |
| 8.4. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca poważne zachorowania Ubezpieczonego |  | X |  |
| 8.5. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca poważne zachorowania Współmałżonka |  |  |  |
| 8.6. | Klauzula dodatkowa maksymalnego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu |  | X |  |
| 8.7. | Klauzula dodatkowa skrócenia minimalnego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby |  |  |  |
| 8.8. | Klauzula dodatkowa Assistance |  | X |  |
| 8.9. | Klauzula dodatkowa podwyższająca wartość świadczenia karty aptecznej z 200 zł na 300 zł. |  | X |  |
| 8.10. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o śmierć Współmałżonka w wyniku wypadku komunikacyjnego |  | X |  |

*UWAGA. W przypadku nie wypełnienia w formularzu wartości sformułowania TAK domyślnie oznacza niezaakceptowanie klauzuli/wariantów klauzuli.*

* + 1. Oferujemy następujące wysokości świadczeń (świadczenia w PLN):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **ŚWIADCZENIA** | **Wymagana minimalna wysokość świadczenia** | **Oferowana wysokość świadczenia przez Wykonawcę** |
| 1 | **Śmierć Ubezpieczonego** | 43 000 |  |
| 2 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** | 86 000 |  |
| 3 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego** | 60 000 |  |
| 4 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy** | 115 000 |  |
| 5 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego** | 115 000 |  |
| 6 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy** | 135 000 |  |
| 7 | **Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego za 1% uszczerbku** | 340 |  |
| 8 | **Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie NW za 1% uszczerbku** | 420 |  |
| 9 | **Śmierć Współmałżonka** | 8 500 |  |
| 10 | **Śmierć Współmałżonka w następstwie NW** | 17 000 |  |
| 11 | **Śmierć dziecka** | 2 500 |  |
| 12 | **Śmierć dziecka w następstwie NW** | 3 500 |  |
| 13 | **Śmierć rodziców / teściów** | 2 000 |  |
| 14 | **Śmierć rodziców / teściów w następstwie NW** | 3 000 |  |
| 15 | **Urodzenie martwego dziecka** | 2 400 |  |
| 16 | **Osierocenie dziecka** | 3 400 |  |
| 17 | **Urodzenie się dziecka** | 1 200 |  |
| 18 | **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego** | 4 500 |  |
| 19 | **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego na nowotwór złośliwy (świadczenie skumulowane z poważnym zachorowaniem Ubezpieczonego)** | 6 000 |  |
| 20 | **Poważne zachorowanie Współmałżonka** | 2 500 |  |
| 21 | **Poważne zachorowanie dziecka** | - |  |
| 22 | **Leczenie specjalistyczne** | 2 000 |  |
| 23 | **Operacje chirurgiczne** | 2 000 |  |
| 24 | **Trwała niezdolność do pracy** | 10 000 |  |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu do 14 dni** |
| 25 | **Leczenie w szpitalu w związku z chorobą** | 47,50 |  |
| 26 | **Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym** | 95 |  |
| 27 | **Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem** | 140 |  |
| 28 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym** | 180 |  |
| 29 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem przy pracy** | 180 |  |
| 30 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym w pracy** | 210 |  |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni** |
| 31 | **Leczenie w szpitalu w związku z chorobą** | 47,50 |  |
| 32 | **Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym** | 47,50 |  |
| 33 | **Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem** | 47,50 |  |
| 34 | **Karta apteczna** | 200 |  |
| 35 | **Rekonwalescencja** | 22,50 |  |
| 36 | **Pobyt na OIOM/OIT** | 475 |  |

*UWAGA. W kolumnie „Oferowana wysokość świadczenia przez Wykonawcę” w wierszu dotyczącym danego świadczenia proszę wpisać wartość proponowanej wysokości świadczenia. Brak wpisanej wartości świadczenia oznacza zaakceptowanie wartości minimalnej. Wpisanie wartości niższej niż wymagana minimalna wysokość świadczenia w danej pozycji będzie oznaczało niezaakceptowanie warunku wymaganego, a tym samym oferta będzie podlegała odrzuceniu.*

* 1. **Wariant II**
		1. Oferujemy wykonanie usług objętych zamówieniem, zgodnie z wymogami zawartymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, za cenę łączną:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Składka miesięczna łącznie za 1 osobę:
 |  |
| 1. Łączna cena oferty (składka miesięczna za 1 osobę x 36 miesięcy x przewidywana liczba osób – 1 380
 |  |

*UWAGA. Do oceny kryterium będzie brana pod uwagę łączna cena oferty sporządzona w oparciu o przedstawioną składkę miesięczną. Podane wartości służą jedynie dokonaniu wyboru najkorzystniejszej oferty – rzeczywista wartość może ulec zmianie i zależy od liczby ubezpieczonych.*

**Cena Wariantu II:** …………………………………………………………….

**słownie:** …………………………………………………………………………………

* + 1. Akceptujemy następujące klauzule dodatkowe i inne postanowienia szczególne preferowane:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr klauzuli** | **Nazwa klauzuli rozszerzającej zakres ochrony** | **Należy wpisać TAK przy zaakceptowanych klauzulach/wariantach klauzuli** |
| **Wariant I** | **Wariant II** | **Brak** |
| 8.1. | Klauzula dodatkowa zniesienia karencji dla pracowników zgłaszanych do ubezpieczenia po raz pierwszy |  | X |  |
| 8.2. | Klauzula dodatkowa zniesienia karencji dla współmałżonków oraz pełnoletnich dzieci zgłaszanych do ubezpieczenia po raz pierwszy |  |  |  |
| 8.3. | Klauzula dodatkowa zniesienia karencji dla partnerów życiowych |  |  |  |
| 8.4. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca poważne zachorowania Ubezpieczonego |  | X |  |
| 8.5. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca poważne zachorowania Współmałżonka |  |  |  |
| 8.6. | Klauzula dodatkowa maksymalnego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu |  | X |  |
| 8.7. | Klauzula dodatkowa skrócenia minimalnego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby |  |  |  |
| 8.8. | Klauzula dodatkowa Assistance |  | X |  |
| 8.9. | Klauzula dodatkowa podwyższająca wartość świadczenia karty aptecznej z 200 zł na 300 zł. |  | X |  |
| 8.10. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o śmierć Współmałżonka w wyniku wypadku komunikacyjnego |  | X |  |

*UWAGA. W przypadku nie wypełnienia w formularzu wartości sformułowania TAK domyślnie oznacza niezaakceptowanie klauzuli/wariantów klauzuli.*

* + 1. Oferujemy następujące wysokości świadczeń (świadczenia w PLN):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **ŚWIADCZENIA** | **Wymagana minimalna wysokość świadczenia** | **Oferowana wysokość świadczenia przez Wykonawcę** |
| 1 | **Śmierć Ubezpieczonego** | 52 500 |  |
| 2 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** | 105 000 |  |
| 3 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego** | 70 000 |  |
| 4 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy** | 140 000 |  |
| 5 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego** | 140 000 |  |
| 6 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy** | 160 000 |  |
| 7 | **Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego za 1% uszczerbku** | 380 |  |
| 8 | **Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie NW za 1% uszczerbku** | 480 |  |
| 9 | **Śmierć Współmałżonka** | 10 000 |  |
| 10 | **Śmierć Współmałżonka w następstwie NW** | 20 000 |  |
| 11 | **Śmierć dziecka** | 3 200 |  |
| 12 | **Śmierć dziecka w następstwie NW** | 4 200 |  |
| 13 | **Śmierć rodziców / teściów** | 2 200 |  |
| 14 | **Śmierć rodziców / teściów w następstwie NW** | 3 200 |  |
| 15 | **Urodzenie martwego dziecka** | 2 600 |  |
| 16 | **Osierocenie dziecka** | 4 000 |  |
| 17 | **Urodzenie się dziecka** | 1 300 |  |
| 18 | **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego** | 5 000 |  |
| 19 | **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego na nowotwór złośliwy (świadczenie skumulowane z poważnym zachorowaniem Ubezpieczonego)** | 6 500 |  |
| 20 | **Poważne zachorowanie Współmałżonka** | 3 000 |  |
| 21 | **Poważne zachorowanie dziecka** | - |  |
| 22 | **Leczenie specjalistyczne** | 2 500 |  |
| 23 | **Operacje chirurgiczne** | 2 000 |  |
| 24 | **Trwała niezdolność do pracy** | 12 000 |  |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu do 14 dni** |
| 25 | **Leczenie w szpitalu w związku z chorobą** | 55 |  |
| 26 | **Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym** | 110 |  |
| 27 | **Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem** | 165 |  |
| 28 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym** | 210 |  |
| 29 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem przy pracy** | 210 |  |
| 30 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym w pracy** | 240 |  |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni** |
| 31 | **Leczenie w szpitalu w związku z chorobą** | 55 |  |
| 32 | **Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym** | 55 |  |
| 33 | **Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem** | 55 |  |
| 34 | **Karta apteczna** | 200 |  |
| 35 | **Rekonwalescencja** | 27,50 |  |
| 36 | **Pobyt na OIOM/OIT** | 550 |  |

*UWAGA. W kolumnie „Oferowana wysokość świadczenia przez Wykonawcę” w wierszu dotyczącym danego świadczenia proszę wpisać wartość proponowanej wysokości świadczenia. Brak wpisanej wartości świadczenia oznacza zaakceptowanie wartości minimalnej. Wpisanie wartości niższej niż wymagana minimalna wysokość świadczenia w danej pozycji będzie oznaczało niezaakceptowanie warunku wymaganego, a tym samym oferta będzie podlegała odrzuceniu.*

* 1. **Wariant III**
		1. Oferujemy wykonanie usług objętych zamówieniem, zgodnie z wymogami zawartymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, za cenę łączną:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Składka miesięczna łącznie za 1 osobę:
 |  |
| 1. Łączna cena oferty (składka miesięczna za 1 osobę x 36 miesięcy x przewidywana liczba osób – 680
 |  |

*UWAGA. Do oceny kryterium będzie brana pod uwagę łączna cena oferty sporządzona w oparciu o przedstawioną składkę miesięczną. Podane wartości służą jedynie dokonaniu wyboru najkorzystniejszej oferty – rzeczywista wartość może ulec zmianie i zależy od liczby ubezpieczonych.*

**Cena Wariantu III:** ………………………………………………………………………………………….

**słownie:** …………………………………………………………………………………

* + 1. Akceptujemy następujące klauzule dodatkowe i inne postanowienia szczególne preferowane:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr klauzuli** | **Nazwa klauzuli rozszerzającej zakres ochrony** | **Należy wpisać TAK przy zaakceptowanych klauzulach/wariantach klauzuli** |
| **Wariant I** | **Wariant II** | **Brak** |
| 8.1. | Klauzula dodatkowa zniesienia karencji dla pracowników zgłaszanych do ubezpieczenia po raz pierwszy |  | X |  |
| 8.2. | Klauzula dodatkowa zniesienia karencji dla współmałżonków oraz pełnoletnich dzieci zgłaszanych do ubezpieczenia po raz pierwszy |  |  |  |
| 8.3. | Klauzula dodatkowa zniesienia karencji dla partnerów życiowych |  |  |  |
| 8.4. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca poważne zachorowania Ubezpieczonego |  | X |  |
| 8.5. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca poważne zachorowania Współmałżonka |  |  |  |
| 8.6. | Klauzula dodatkowa maksymalnego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu |  | X |  |
| 8.7. | Klauzula dodatkowa skrócenia minimalnego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby |  |  |  |
| 8.8. | Klauzula dodatkowa Assistance |  | X |  |
| 8.9. | Klauzula dodatkowa podwyższająca wartość świadczenia karty aptecznej z 200 zł na 300 zł. |  | X |  |
| 8.10. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o śmierć Współmałżonka w wyniku wypadku komunikacyjnego |  | X |  |

*UWAGA. W przypadku nie wypełnienia w formularzu wartości sformułowania TAK domyślnie oznacza niezaakceptowanie klauzuli/wariantów klauzuli.*

* + 1. Oferujemy następujące wysokości świadczeń (świadczenia w PLN):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **ŚWIADCZENIA** | **Wymagana minimalna wysokość świadczenia** | **Oferowana wysokość świadczenia przez Wykonawcę** |
| 1 | **Śmierć Ubezpieczonego** | 60 000 |  |
| 2 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** | 120 000 |  |
| 3 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego** | 84 000 |  |
| 4 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy** | 150 000 |  |
| 5 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego** | 150 000 |  |
| 6 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy** | 170 000 |  |
| 7 | **Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego za 1% uszczerbku** | 440 |  |
| 8 | **Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie NW za 1% uszczerbku** | 560 |  |
| 9 | **Śmierć Współmałżonka** | 12 000 |  |
| 10 | **Śmierć Współmałżonka w następstwie NW** | 24 000 |  |
| 11 | **Śmierć dziecka** | 3 400 |  |
| 12 | **Śmierć dziecka w następstwie NW** | 4 400 |  |
| 13 | **Śmierć rodziców / teściów** | 2 200 |  |
| 14 | **Śmierć rodziców / teściów w następstwie NW** | 3 200 |  |
| 15 | **Urodzenie martwego dziecka** | - |  |
| 16 | **Osierocenie dziecka** | 4 500 |  |
| 17 | **Urodzenie się dziecka** | - |  |
| 18 | **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego** | 6 000 |  |
| 19 | **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego na nowotwór złośliwy (świadczenie skumulowane z poważnym zachorowaniem Ubezpieczonego)** | 8 000 |  |
| 20 | **Poważne zachorowanie Współmałżonka** | 4 000 |  |
| 21 | **Poważne zachorowanie dziecka** | - |  |
| 22 | **Leczenie specjalistyczne** | 3 500 |  |
| 23 | **Operacje chirurgiczne** | 3 000 |  |
| 24 | **Trwała niezdolność do pracy** | 14 000 |  |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu do 14 dni** |
| 25 | **Leczenie w szpitalu w związku z chorobą** | 62,50 |  |
| 26 | **Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym** | 125 |  |
| 27 | **Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem** | 185 |  |
| 28 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym** | 240 |  |
| 29 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem przy pracy** | 240 |  |
| 30 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym w pracy** | 270 |  |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni** |
| 31 | **Leczenie w szpitalu w związku z chorobą** | 62,50 |  |
| 32 | **Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym** | 62,50 |  |
| 33 | **Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem** | 62,50 |  |
| 34 | **Karta apteczna** | 200 |  |
| 35 | **Rekonwalescencja** | 30 |  |
| 36 | **Pobyt na OIOM/OIT** | 600 |  |

*UWAGA. W kolumnie „Oferowana wysokość świadczenia przez Wykonawcę” w wierszu dotyczącym danego świadczenia proszę wpisać wartość proponowanej wysokości świadczenia. Brak wpisanej wartości świadczenia oznacza zaakceptowanie wartości minimalnej. Wpisanie wartości niższej niż wymagana minimalna wysokość świadczenia w danej pozycji będzie oznaczało niezaakceptowanie warunku wymaganego, a tym samym oferta będzie podlegała odrzuceniu.*

* 1. **Wariant IV**
		1. Oferujemy wykonanie usług objętych zamówieniem, zgodnie z wymogami zawartymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, za cenę łączną:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Składka miesięczna łącznie za 1 osobę:
 |  |
| 1. Łączna cena oferty (składka miesięczna za 1 osobę x 36 miesięcy x przewidywana liczba osób – 1 922
 |  |

*UWAGA. Do oceny kryterium będzie brana pod uwagę łączna cena oferty sporządzona w oparciu o przedstawioną składkę miesięczną. Podane wartości służą jedynie dokonaniu wyboru najkorzystniejszej oferty – rzeczywista wartość może ulec zmianie i zależy od liczby ubezpieczonych.*

**Cena Wariantu IV:** ………………………………………………………………………………………….

**słownie:** …………………………………………………………………………………

* + 1. Akceptujemy następujące klauzule dodatkowe i inne postanowienia szczególne preferowane:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr klauzuli** | **Nazwa klauzuli rozszerzającej zakres ochrony** | **Należy wpisać TAK przy zaakceptowanych klauzulach/wariantach klauzuli** |
| **Wariant I** | **Wariant II** | **Brak** |
| 8.1. | Klauzula dodatkowa zniesienia karencji dla pracowników zgłaszanych do ubezpieczenia po raz pierwszy |  | X |  |
| 8.2. | Klauzula dodatkowa zniesienia karencji dla współmałżonków oraz pełnoletnich dzieci zgłaszanych do ubezpieczenia po raz pierwszy |  |  |  |
| 8.3. | Klauzula dodatkowa zniesienia karencji dla partnerów życiowych |  |  |  |
| 8.4. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca poważne zachorowania Ubezpieczonego |  | X |  |
| 8.5. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca poważne zachorowania Współmałżonka |  |  |  |
| 8.6. | Klauzula dodatkowa maksymalnego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu |  | X |  |
| 8.7. | Klauzula dodatkowa skrócenia minimalnego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby |  |  |  |
| 8.8. | Klauzula dodatkowa Assistance |  | X |  |
| 8.9. | Klauzula dodatkowa podwyższająca wartość świadczenia karty aptecznej z 200 zł na 300 zł. |  | X |  |
| 8.10. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o śmierć Współmałżonka w wyniku wypadku komunikacyjnego |  | X |  |

*UWAGA. W przypadku nie wypełnienia w formularzu wartości sformułowania TAK domyślnie oznacza niezaakceptowanie klauzuli/wariantów klauzuli.*

* + 1. Oferujemy następujące wysokości świadczeń (świadczenia w PLN):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **ŚWIADCZENIA** | **Wymagana minimalna wysokość świadczenia** | **Oferowana wysokość świadczenia przez Wykonawcę** |
| 1 | **Śmierć Ubezpieczonego** | 57 500 |  |
| 2 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** | 115 000 |  |
| 3 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego** | 80 000 |  |
| 4 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy** | 145 000 |  |
| 5 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego** | 145 000 |  |
| 6 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy** | 162 500 |  |
| 7 | **Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego za 1% uszczerbku** | 420 |  |
| 8 | **Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie NW za 1% uszczerbku** | 550 |  |
| 9 | **Śmierć Współmałżonka** | 12 000 |  |
| 10 | **Śmierć Współmałżonka w następstwie NW** | 24 000 |  |
| 11 | **Śmierć dziecka** | 3 400 |  |
| 12 | **Śmierć dziecka w następstwie NW** | 4 400 |  |
| 13 | **Śmierć rodziców / teściów** | 2 200 |  |
| 14 | **Śmierć rodziców / teściów w następstwie NW** | 3 200 |  |
| 15 | **Urodzenie martwego dziecka** | 2 800 |  |
| 16 | **Osierocenie dziecka** | 4 500 |  |
| 17 | **Urodzenie się dziecka** | 1 400 |  |
| 18 | **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego** | 6 000 |  |
| 19 | **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego na nowotwór złośliwy (świadczenie skumulowane z poważnym zachorowaniem Ubezpieczonego)** | 8 000 |  |
| 20 | **Poważne zachorowanie Współmałżonka** | 4 000 |  |
| 21 | **Poważne zachorowanie dziecka** | 4 000 |  |
| 22 | **Leczenie specjalistyczne** | 3 500 |  |
| 23 | **Operacje chirurgiczne** | 3 000 |  |
| 24 | **Trwała niezdolność do pracy** | 13 000 |  |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu do 14 dni** |
| 25 | **Leczenie w szpitalu w związku z chorobą** | 62,50 |  |
| 26 | **Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym** | 125 |  |
| 27 | **Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem** | 185 |  |
| 28 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym** | 240 |  |
| 29 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem przy pracy** | 240 |  |
| 30 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym w pracy** | 270 |  |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni** |
| 31 | **Leczenie w szpitalu w związku z chorobą** | 62,50 |  |
| 32 | **Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym** | 62,50 |  |
| 33 | **Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem** | 62,50 |  |
| 34 | **Karta apteczna** | 200 |  |
| 35 | **Rekonwalescencja** | 30 |  |
| 36 | **Pobyt na OIOM/OIT** | 600 |  |

*UWAGA. W kolumnie „Oferowana wysokość świadczenia przez Wykonawcę” w wierszu dotyczącym danego świadczenia proszę wpisać wartość proponowanej wysokości świadczenia. Brak wpisanej wartości świadczenia oznacza zaakceptowanie wartości minimalnej. Wpisanie wartości niższej niż wymagana minimalna wysokość świadczenia w danej pozycji będzie oznaczało niezaakceptowanie warunku wymaganego, a tym samym oferta będzie podlegała odrzuceniu.*

* 1. **Wariant V**
		1. Oferujemy wykonanie usług objętych zamówieniem, zgodnie z wymogami zawartymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, za cenę łączną:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Składka miesięczna łącznie za 1 osobę:
 |  |
| 1. Łączna cena oferty (składka miesięczna za 1 osobę x 36 miesięcy x przewidywana liczba osób – 318
 |  |

*UWAGA. Do oceny kryterium będzie brana pod uwagę łączna cena oferty sporządzona w oparciu o przedstawioną składkę miesięczną. Podane wartości służą jedynie dokonaniu wyboru najkorzystniejszej oferty – rzeczywista wartość może ulec zmianie i zależy od liczby ubezpieczonych.*

**Cena Wariantu V:** ………………………………………………………………………………………….

**słownie:** …………………………………………………………………………………

* + 1. Akceptujemy następujące klauzule dodatkowe i inne postanowienia szczególne preferowane:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr klauzuli** | **Nazwa klauzuli rozszerzającej zakres ochrony** | **Należy wpisać TAK przy zaakceptowanych klauzulach/wariantach klauzuli** |
| **Wariant I** | **Wariant II** | **Brak** |
| 8.1. | Klauzula dodatkowa zniesienia karencji dla pracowników zgłaszanych do ubezpieczenia po raz pierwszy |  | X |  |
| 8.2. | Klauzula dodatkowa zniesienia karencji dla współmałżonków oraz pełnoletnich dzieci zgłaszanych do ubezpieczenia po raz pierwszy |  |  |  |
| 8.3. | Klauzula dodatkowa zniesienia karencji dla partnerów życiowych |  |  |  |
| 8.4. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca poważne zachorowania Ubezpieczonego |  | X |  |
| 8.5. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca poważne zachorowania Współmałżonka |  |  |  |
| 8.6. | Klauzula dodatkowa maksymalnego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu |  | X |  |
| 8.7. | Klauzula dodatkowa skrócenia minimalnego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby |  |  |  |
| 8.8. | Klauzula dodatkowa Assistance |  | X |  |
| 8.9. | Klauzula dodatkowa podwyższająca wartość świadczenia karty aptecznej z 200 zł na 300 zł. |  | X |  |
| 8.10. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o śmierć Współmałżonka w wyniku wypadku komunikacyjnego |  | X |  |

*UWAGA. W przypadku nie wypełnienia w formularzu wartości sformułowania TAK domyślnie oznacza niezaakceptowanie klauzuli/wariantów klauzuli.*

* + 1. Oferujemy następujące wysokości świadczeń (świadczenia w PLN):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **ŚWIADCZENIA** | **Wymagana minimalna wysokość świadczenia** | **Oferowana wysokość świadczenia przez Wykonawcę** |
| 1 | **Śmierć Ubezpieczonego** | 80 000 |  |
| 2 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** | 160 000 |  |
| 3 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego** | 110 000 |  |
| 4 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy** | 185 000 |  |
| 5 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego** | 185 000 |  |
| 6 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy** | 205 000 |  |
| 7 | **Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego za 1% uszczerbku** | 460 |  |
| 8 | **Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie NW za 1% uszczerbku** | 600 |  |
| 9 | **Śmierć Współmałżonka** | 14 000 |  |
| 10 | **Śmierć Współmałżonka w następstwie NW** | 28 000 |  |
| 11 | **Śmierć dziecka** | 3 800 |  |
| 12 | **Śmierć dziecka w następstwie NW** | 4 600 |  |
| 13 | **Śmierć rodziców / teściów** | 2 400 |  |
| 14 | **Śmierć rodziców / teściów w następstwie NW** | 3 400 |  |
| 15 | **Urodzenie martwego dziecka** | - |  |
| 16 | **Osierocenie dziecka** | 5 000 |  |
| 17 | **Urodzenie się dziecka** | - |  |
| 18 | **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego** | 7 500 |  |
| 19 | **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego na nowotwór złośliwy (świadczenie skumulowane z poważnym zachorowaniem Ubezpieczonego)** | 10 000 |  |
| 20 | **Poważne zachorowanie Współmałżonka** | 4 500 |  |
| 21 | **Poważne zachorowanie dziecka** | 4 500 |  |
| 22 | **Leczenie specjalistyczne** | 4 500 |  |
| 23 | **Operacje chirurgiczne** | 4 500 |  |
| 24 | **Trwała niezdolność do pracy** | 20 000 |  |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu do 14 dni** |
| 25 | **Leczenie w szpitalu w związku z chorobą** | 65 |  |
| 26 | **Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym** | 130 |  |
| 27 | **Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem** | 195 |  |
| 28 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym** | 260 |  |
| 29 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem przy pracy** | 260 |  |
| 30 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym w pracy** | 290 |  |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni** |
| 31 | **Leczenie w szpitalu w związku z chorobą** | 65 |  |
| 32 | **Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym** | 65 |  |
| 33 | **Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem** | 65 |  |
| 34 | **Karta apteczna** | 200 |  |
| 35 | **Rekonwalescencja** | 32,50 |  |
| 36 | **Pobyt na OIOM/OIT** | 650 |  |

*UWAGA. W kolumnie „Oferowana wysokość świadczenia przez Wykonawcę” w wierszu dotyczącym danego świadczenia proszę wpisać wartość proponowanej wysokości świadczenia. Brak wpisanej wartości świadczenia oznacza zaakceptowanie wartości minimalnej. Wpisanie wartości niższej niż wymagana minimalna wysokość świadczenia w danej pozycji będzie oznaczało niezaakceptowanie warunku wymaganego, a tym samym oferta będzie podlegała odrzuceniu.*

1. **Oświadczamy, że w przypadku wyboru naszej oferty, zobowiązujemy się do przedłożenia** oświadczenia o zatrudnieniu na umowę o pracę, wraz ze wskazaniem wymiaru etatu na jaki są zatrudnione, **osób skierowanych przez Wykonawcę do realizacji czynności przedmiotu umowy polegających na wykonywaniu pracy w sposób określony w art. 22 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn. zm.), w terminie 5 dni przed zawarciem umowy.**
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami przystąpienia do zamówienia określonymi w specyfikacji istotnych warunków zamówienia oraz uzyskaliśmy niezbędne informacje do przygotowania oferty.
3. Oświadczamy, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z istotnymi postanowieniami umowy, które zostały zawarte w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na zawartych tam warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. Oświadczamy, że czujemy się związani ofertą przez okres 60 dni od daty upływu terminu składania ofert.
6. Numer konta bankowego, na które należy zwrócić wadium:

 ..……………………………………………………………………………………………………

 *dotyczy tych Wykonawców, którzy wnoszą wadium w formie pieniężnej*

1. Zgodnie z art. 22a ustawy Prawo zamówień publicznych **polegam / nie polegam\*** *(niepotrzebne skreślić)*,na zdolnościach technicznych lub zawodowych lub sytuacji finansowej lub ekonomicznej innych podmiotów, niezależnie od charakteru prawnego łączących go z nim stosunków prawnych.

*W przypadku gdy wykonawca polega na zdolnościach technicznych lub zawodowych lub sytuacji finansowej lub ekonomicznej innych podmiotów należy dołączyć zobowiązanie do oddania do dyspozycji Wykonawcy niezbędnych zasobów – załącznik nr 5 do SIWZ.*

Podmiot udostępniający **będzie brał udział / nie będzie brał udziału\*** *(niepotrzebne skreślić)*  w wykonywaniu części zamówienia.

1. Przedmiot zamówienia wykonam **samodzielnie / z udziałem podwykonawców\*** *niepotrzebne skreślić)*

Podwykonawcom zostaną powierzone do wykonania następujące części zamówienia\*\*:

……………………………………………………………………………………………………………….…………...…………………………………………………………………………….…

 (opis czynności zlecanych podwykonawcy oraz wskazanie firm podwykonawców)

*(stosowanie do art. 36b ust. 1 ustawy Pzp, jeżeli wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom wykonanie części zamówienia, zobowiązany jest do podania firm podwykonawców)*

 …………………………………………………………………………………………………….

(nazwa (firma) podwykonawcy).

1. Czy wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem?

**Tak / Nie \*** (niepotrzebne skreślić)

1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

**\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (np. przez jego wykreślenie).**

1. Integralną częścią oferty są:

 ……………………………………….

 ……………………………………….

*Uwaga:*

\* niewłaściwe skreślić

\*\* wypełnić jeżeli dotyczy

\*\*\* Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

**Mikroprzedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, które **zatrudnia mniej niż 10 osób** i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa **nie przekracza 2 milionów EUR**.

**Małe przedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, które **zatrudnia mniej niż 50 osób** i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa **nie przekracza 10 milionów EUR**.

**Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami** i które **zatrudniają mniej niż 250 osób** i których **roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR** ***lub*** **roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR**.