Załącznik nr 8 do SWZ

Pełna nazwa Wykonawcy:

...........................................................................

...........................................................................

Adres siedziby Wykonawcy:

...........................................................................

...........................................................................

NIP: ....................................................

REGON: ....................................................

KRS …………………………

Nr telefonu: ....................................................

Adres email…………………………………

Adres strony internetowej (jeżeli dotyczy) …………………………

Dane teleadresowe osoby upoważnionej

do kontaktowania się z Zamawiającym:

............................................................................

Osoba upoważniona do podpisania umowy

(imię, nazwisko, funkcja):

.......................................................................

**Rodzaj wykonawcy**

Mikroprzedsiębiorstwo - TAK/NIE\*

Małe przedsiębiorstwo - TAK/NIE\*

Średnie przedsiębiorstwo - TAK/NIE\*

Jednoosobowa działalność gospodarcza - TAK/NIE\*

Osoba fizyczna nieprowadząca działalność gospodarczą - TAK/NIE\*

Inny rodzaj - TAK/NIE\*

## O F E R T A W Y K O N A W C Y

**Pakiet IV**

1. Oferujemy  za cenę na okres 24 miesięcy :

1. Łączna wysokość składki ubezpieczeniowej na pracownika ubezpieczonego w WARIANCIE I miesięcznie wynosi : …………, ………….zł

(słownie : ………………………………………………………………………………….)

2. Łączna wysokość składki ubezpieczeniowej na pracownika ubezpieczonego w WARIANCIE II miesięcznie wynosi : …………, ………….zł

(słownie : ………………………………………………………………………………….)

3. Łączna wysokość składki ubezpieczeniowej na pracownika ubezpieczonego w WARIANCIE III miesięcznie wynosi : …………, ………….zł

(słownie : ………………………………………………………………………………….)

CENA OFERTY = (oferowana wysokość składki miesięcznej w wariancie I x potencjalna liczba ubezpieczonych w wariancie I + oferowana wysokość składki miesięcznej w wariancie II x potencjalna liczba ubezpieczonych w wariancie II + oferowana wysokość składki miesięcznej w wariancie III x potencjalna liczba ubezpieczonych w wariancie III x 24 miesiące = ……….., ……….. zł

(słownie:……………………………………………………………………………………….)

**Zakres ubezpieczenia – tabela świadczeń**

Zakres ochrony ubezpieczeniowej powinien obejmować następujące zdarzenia i wysokość świadczeń .

Wysokość świadczenia określona w zł lub %

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RODZAJ ŚWIADCZENIA** | **Wariant I składka nie wyższa niż 54,00zł** | **Wariant II**  **Składka nie wyższa niż 54,00 zł** | **Wariant III składka nie wyższa niż 44,00 zł** |
| **Szacunkowa liczba osób ubezpieczonych** | **80** | **50** | **20** |
| 1. ŚMIERĆ SPOWODOWANA NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM KOMUNIKACYJNYM\* | **150 000** | **150 000** | **84 000** |
| 2. ŚMIERĆ SPOWODOWANA NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM PRZY PRACY\* | **150 000** | **150 000** | **84 000** |
| 3.ŚMIERĆ SPOWODOWANA NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM KOMUNIKACYJNYM PRZY PRACY\* | **200 000** | **200 000** | **112 000** |
| 4. ŚMIERĆ NATURALNA LUB SPOWODOWANA CHOROBĄ | **50 000** | **50 000** | **28 000** |
| 5. ŚMIERĆ SPOWODOWANA NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM\* | **100 000** | **100 000** | **56 000** |
| 6. ŚMIERĆ SPOWODOWANA ZAWAŁEM LUB UDAREM MÓZGU\* | **90 000** | **90 000** | **46 000** |
| **7. TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU W WYNIKU NW** | | | |
| a) za 1 % trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego | **500** | **500** | **300** |
| 8. TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU W WYNIKU ZAWAŁU SERCA LUB KRWOTOKU ŚRÓDMÓZGOWEGO | | | |
| a) za 1 % trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego | **450** | **450** | **250** |
| 9. Z TYTUŁU ŚMIERCI WSPÓŁUBEZPIECZONYCH | | | |
| a) małżonka /partnera naturalna lub spowodowana chorobą | **12 000** | **12 000** | 10 000 |
| b) małżonka/partnera w wyniku NW\* | **24 000** | **24 000** | **20 000** |
| c) rodziców i teściów ubezpieczonego | 2 000 | 3 000 | 1 500 |
| d) dziecka własnego , przysposobionego oraz pasierba | 4 000 | 5 000 | 3 000 |
| e) noworodka martwourodzonego | 2 500 | 0 lub wartość minimalna wg oferty Wykonawcy | 1 800 |
| 10. Z TYTUŁU URODZENIA SIĘ DZIECKA UBEZPIECZONEGO | **1 500** | 0 lub wartość minimalna wg oferty Wykonawcy | 800 |
| 11. Z TYTUŁU OSIEROCENIA DZECKA | 4 500 | 4 500 | 4 000 |
| 12. Z TYTUŁU WYSTĄPIENIA CIĘŻKIEJ CHOROBY (zgodnie z wykazem ) | 6 000 | 6 000 | 3 000 |
| 13. Z TYTUŁU LECZENIA SZPITALNEGO – za każdy dzień pobytu w szpitalu , jeżeli pobyt ten trwał dłużej niż 1 dni z powodu choroby lub jeden dzień w wyniku nieszczęśliwego wypadku | | | |
| * Pobyt spowodowany chorobą | **55** | **60** | 50 |
| * Pobyt spowodowany zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym (od 1 do 14 dnia pobytu ) | **230** | **230** | 100 |
| * Pobyt spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (od 1 do 14 dnia pobytu ) | **230** | **230** | 100 |
| * Pobyt spowodowany wypadkiem komunikacyjnym (od 1 do 14 dnia pobytu ) | **275** | **275** | 175 |
| * Pobyt spowodowany wypadkiem przy pracy (od 1 do 14 dnia pobytu ) | **275** | **275** | 175 |
| * Pobyt spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym przy pracy (od 1 do 14 dnia pobytu) | **300** | **300** | 200 |
| * Pobyt spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem , wypadkiem przy pracy , wypadkiem komunikacyjnym , wypadkiem komunikacyjnym przy pracy , zawałem serca , lub krwotokiem śródmózgowym (powyżej 14 dnia pobytu ) | **55** | **60** | 50 |
| * Pobyt na oddziale Intensywnej Terapii ) – jednorazowo | **550** | **550** | 450 |
| **Rekonwalescencja (stawka za dzień ) –** bezpośrednio po pobycie w szpitalu pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym przez szpital (o ile pobyt w szpitalu trwał co najmniej 12 dni ) | **25** | **25** | 20 |
| Pobyt w szpitalu poza granicami kraju | TAK | TAK | TAK |
| Ryczałt na leki/karta apteczna | **200** | 200 | - |
| LECZENIE SPECJALISTYCZNE | 5 000 | 5 000 | - |
| TRWAŁA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY I SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI (180 DNI KARENCJI DLA OSÓB NOWYCH ) | 10 000 | 10 000 | - |
| OPERACJE CHIRURGICZNE – PODZIAŁ NA minimum I , II i III GRUPY OPERACJI (w zależności od rodzaju operacji ) suma ubezpieczenia | 5 000 | 5 000 | 2 500 |
|  |  |  |  |

**\***skumulowana wartość świadczenia

**Dodatkowa suma ubezpieczenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego** | **Dodatkowa oferowana wysokość sumy ubezpieczenia w zł** | **Akceptacja dodatkowego świadczenia tak/nie** |
| SU | Podwyższenie podstawowej sumy ubezpieczenia do naliczania należnych kwot świadczeń dla zakresu ubezpieczenia ujętego w poz. 1,2,3,4,5,6  tabeli świadczeń. Dla każdego z wariantów I II III musi mieć miejsce podwyższenie o taką samą wielokrotność kwoty 250 zł | ………………… |  |

Uwaga : wykonawca oferuje dodatkową sumę ub. W wysokości krotności 250 zł , podwyższenie podstawowej sumy ubezpieczenia należy określić do zaoferowanej składki miesięcznej na jednego ubezpieczonego przy założeniu , że składka ta nie może przekroczyć dla wariantu I 63,00 zł , dla wariantu II 63,00 , dla wariantu III 53,00 Podstawowa suma ub. Wynosi dla wariantu I 50 000,00 , dla wariantu II 50 000,00 , dla wariantu III 28 000,00 zł .

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| l.p | Nazwa klauzuli | Ilość punktów | Akceptacja klauzuli  tak/nie |
| 1 | Klauzula zniesienia ograniczeń czasowych warunkujących wypłatę świadczeń – OBLIGATORYJNA | **-** |  |
| 2 | Klauzula gwarancji wypłaty pełnej kwoty odszkodowania – OBLIGATORYJNA | **-** |  |
| 3 | Udostępnienie informacji o szkodowości na wniosek Zamawiającego lub Pełnomocnika - OBLIGATORYJNA | **-** |  |
| 4 | Klauzula przekształcenia – OBLIGATORYJNA | **-** |  |
| **Punktowane klauzule fakultatywne** | | | |
| 1 | Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność Wykonawcy za pobyt Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym lub w szpitalu rehabilitacyjnym | **3** |  |
| 2 | Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność Wykonawcy za pobyt Ubezpieczonego w sanatorium | **3** |  |
| 3 | Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność Wykonawcy za pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu z powodu depresji , nerwicy . | **2** |  |
| 4 | Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność Wykonawcy o ryzyka schorzeń występujących w zawodach medycznych | **4** |  |
| 5 | Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność Wykonawcy na wypadek ryzyka wystąpienia nowotworu | **4** |  |
| 6 | Klauzula rozszerzająca zakres ubezpieczenia z tytułu wystąpienia choroby śmiertelnej | **3** |  |
| 7 | Klauzula rozszerzająca ochronę o wypłatę świadczenia z tytułu urodzenia dziecka z wadą wrodzoną | **3** |  |
| 8 | Klauzula urodzenia dziecka w skali Apgar 0-6 | **2** |  |
| 9 | Klauzula rozszerzająca operację chirurgiczną o zabieg związany z leczeniem niepłodności | **2** |  |
| 10 | Klauzula rozszerzająca katalog „ciężkich chorób” | **3** |  |
| 11 | Klauzula maksymalnego pobytu ubezpieczonego w szpitalu | **3** |  |
| 12 | Klauzula pomocy medycznej – wariant podstawowy | **1** |  |
| 13 | Klauzula pomocy medycznej – wariant rozszerzony | **3** |  |

2. Akceptujemy wszystkie klauzule obligatoryjne .

3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się treścią SWZ i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.

4. Oświadczamy, że zawarte w SWZ projektowane postanowienia umowy zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

5. [nie zamierzam(y) powierzać do podwykonania żadnej części niniejszego zamówienia / następujące części niniejszego zamówienia zamierzam(y) powierzyć podwykonawcom][[1]](#footnote-1):

|  |  |
| --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa części zamówienia/nazwa podwykonawcy** |
|  |  |
|  |  |

6. Przedstawicielem Wykonawcy – koordynatorem uprawnionym do kontaktu z Zamawiającym w sprawach związanych z realizacją zamówienia jest………………………………………, tel. ………..

7. Wykonawca oświadcza, że wybór jego oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*/ wybór jego oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, poniżej wskazuje nazwę (rodzaj) towaru, których dostawa będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazuję ich wartość bez kwoty podatku ……….\*

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

\*\* 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 (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

Integralną część niniejszej oferty stanowią:

1. Wypełnione i podpisane załączniki: 9, 16 (o ile dotyczą) do niniejszej SWZ.

„***Niniejszy dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym”***

1. Wykonawca usuwa niepotrzebne. [↑](#footnote-ref-1)