Znak sprawy nr: **……………………………..**

…………………………………………….….

…………………………………………….….

…………………………………………….....

Nazwa i adres Wykonawcy (Wykonawców)

**FORMULARZ FORMULARZ OFERTOWY**

**Oświadczenia Wykonawcy**

1. Zapoznaliśmy się z warunkami udzielenia zamówienia publicznego na **usługę grupowego ubezpieczenia na życie**

**pracowników Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Żoliborz** **oraz członków ich** **rodzin,** zawartymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia i **nie wnosimy do nich zastrzeżeń.**

2. **Oferujemy usługę grupowego ubezpieczenia na życie pracowników**

**Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Żoliborz oraz członków ich rodzin zgodnie z warunkami określonymi w Załączniku nr 1 do SWZ jako ZAKRES MINIMALNY** (obligatoryjny) **oraz dodatkowo wzakresie preferowanym** zgodnie z wypełnionymi przez nas tabelami w części „PREFEROWANY ZAKRES

UBEZPIECZENIA” niniejszego Formularza ofertowego.

3. Termin realizacji zamówienia: 24 **miesiące**.

4. Wskazane w niniejszym Formularzu ofertowym **OWU lub inne wzorce umowy** będą mieć **zastosowanie**

**do zawartej umowy tylko w kwestiach nieuregulowanych w SWZ**, a w odniesieniu do zakresu preferowanego w

kwestiach nieokreślonych w niniejszym Formularzu ofertowym. **W przypadku sprzeczności** treści OWU

lub innych wzorców umowy z postanowieniami określonymi w SWZ lub w Formularzu ofertowym **strony związane są**

**postanowieniami określonymi w SWZ lub w Formularzu ofertowym**.

5. Jeżeli w treści OWU znajdują się postanowienia dotyczące szerszego zakresu ochrony niż opisany w SWZ

i w złożonej ofercie, to automatycznie zostają one włączone do ochrony ubezpieczeniowej.

*Uregulowanie to nie dotyczy rozszerzeń podstawowego zakresu ochrony, wynikającego z owu (o dodatkowe*

*klauzule), które nie zostały przez Zamawiającego wymienione jako ryzyka objęte zakresem ubezpieczenia.*

6. Składki, zakres ubezpieczenia oraz wysokości świadczeń określone w ofercie pozostaną bez zmian przez okres

obowiązywania umowy ubezpieczenia.

7. Informujemy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą w okresie wskazanym w SWZ.

8. Akceptujemy treść wzoru umowy stanowiącą **Załącznik nr 3 do SWZ** i zobowiązujemy się w przypadku wygrania

przetargu do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

9. Wybór naszej oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.

*Uwaga: jeżeli wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego należy skreślić*

*powyższe oświadczenie i przedłożyć wykaz zawierający nazwę usługi, której świadczenie będzie prowadzić do jego*

*powstania oraz jej wartość bez kwoty podatku.*

10. Wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia 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), dalej „RODO”, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO.

11. Wykonawca *(jest/nie jest)* …………………….… mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem.

*Do grupy tej zaliczane są przedsiębiorstwa: które* ***zatrudniają mniej niż 250*** *osób i których* ***roczny obrót nie***

***przekracza 50 milionów EUR*** *lub* ***roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR****.*

12. Oświadczenie Wykonawcy o powierzeniu części zamówienia podwykonawcy/om, (*jeśli dotyczy uzupełnić tabelkę*)

13. Osobą uprawnioną do kontaktu z Zamawiającym jest: ....................................................................................

nr telefonu/ faxu /e-mail ........................................................................................................................................

adres do korespondencji ……………………………………………..……………………….………………………….…………………………..….

elektroniczna skrzynka podawcza: ………………………………………...............................………………………………………………

**UWAGA: Prosimy o wypełnienie wszystkich wykropkowanych miejsc.**

1. **KRYTERIUM – CENA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wariant** | **Cena jednostkowa** | **Ilość składek****miesięcznych** | **Przewidywana ilość osób ubezpieczonych** | **Cena łączna** |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** |
| **W1** |  |  |  | **……………………** |
| **W2** |  |  |  | **……………………** |
| **W3** |  |  |  | **……………………** |
| **Cegiełka** |  |  |  |  |
| **Cena łączna za zamówienie:** |  |  |  | **……………………** |

1. **KRYTERIUM – PREFEROWANY ZAKRES UBEZPIECZENIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zakres ubezpieczenia** | **Wariant I** | **Wariant II** | **Wariant III** | **Cegiełka** |
| Zakres ubezpieczenia dla Ubezpieczonego |   |   |  |
| Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego w pracy | 250 000 | 275 000 | 300 000 |  |
| Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego lub w pracy | 175 000 | 200 000 | 225 000 |  |
| Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku  | 115 000 | 125 000 | 130 500 | 50 000 |
| Śmierć Ubezpieczonego  | 57 500 | 62 500 | 65 500 | 25 000 |
| Osierocenie dziecka | 5 000 | 5 000 | 5 000 |  |
| Całkowita niezdolność do pracy /Całkowite inwalidztwo na skutek choroby lub wypadku | 5 000 | 15 000 | 10 000 |  |
| Uszczerbek lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku |   |   |   |  |
| • 100% uszczerbku lub uszkodzenia ciała | 585 000 | 65 000 | 60 000 | 25 000 |
| • 1% uszczerbku lub uszkodzenia ciała | 585 | 650 | 600 | 250 |
| Uszczerbek na zdrowiu na skutek zawału serca lub udaru mózgu - za 1% uszczerbku | 450 | 500 | 500 |  |
| Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu. **Min.za 180 dni w każdym roku polisy.** |   |   |   |  |
| • wypadek komunikacyjny przy pracy  | 250 za dzień | 300 za dzień | 250 za dzień |  |
| • wypadek komunikacyjny  | 220 za dzień | 250 za dzień | 220 za dzień |  |
| • wypadek przy pracy  | 220 za dzień | 250 za dzień | 220 za dzień |  |
| • nieszczęśliwego wypadku (od 1 do 14 dni) | 150 za dzień | 200 za dzień | 150za dzień |  |
| • nieszczęśliwego wypadku (od 15 dni) | 55 za dzień | 65 za dzień | 55 za dzień |  |
| • choroba - od 3 dnia  | 55 za dzień | 65 za dzień | 55 za dzień |  |
| • OIOM/OIT (maksymalna wypłata) | 500 | 650 | 500 |  |
| Poważne zachorowanie Ubezpieczonego |   |   |   |  |
| • katalog maksymalny | 8 500 | 9 500 | 8 500 |  |
| • świadczenie lekowe |   |  100 |  |  |
| Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego | 2 500 | 2 500 | 2 500 |  |
| Operacja medyczna Ubezpieczonego  |   |   |   |  |
| min. świadczenie | 300 | 500 | 500 |  |
| Zakres ubezpieczenia dla współmałżonka lub partnera |   |   |  |
| Śmierć współmałżonka lub partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego |   |   |   |  |
| • śmierć współmałżonka | 50 000 | 50 000 | 50 000 |  |
| • śmierć partnera | 50 000 | 50 000 | 50 000 |  |
| Śmierć współmałżonka lub partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku  |   |   |   |  |
| • śmierć współmałżonka | 40 000 | 40 000 | 40 000 |  |
| • śmierć partnera | 40 000 | 40 000 | 40 000 |  |
| Śmierć współmałżonka lub partnera  |   |   |   |  |
| • śmierć współmałżonka | 20 000 | 20 000 | 20 000 |  |
| • śmierć partnera | 20 000 | 20 000 | 20 000 |  |
| Poważne zachorowanie współmałżonka lub partnera |   |   |   |  |
| • katalog min. 22 chorób | - | 2 000 | 2 000 |  |
| Zakres ubezpieczenia dla dziecka |   |   |  |
| Śmierć dziecka | 3 000 | - | 4 000 |  |
| Śmierć dziecka na skutek wypadku | 8 000 | - | 10 000 |  |
| Urodzenie się dziecka | 1 550 | - | 2 000 |  |
| Urodzenia się martwego noworodka  | 3 100 | - | 4 000 |  |
| Poważna choroba dziecka (katalog min. 10 chorób) |  - |  - | 5 000 |  |
| Zakres ubezpieczenia dla rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka |   |   |  |
| Śmierć rodziców Ubezpieczonego/współmałżonka na skutek NW | 4 800 | 5 200 | 5 200 |  |
| Śmierć rodziców Ubezpieczonego | 2 800 | 3 200 | 3 200 |  |
| Śmierć rodziców współmałżonka  | 2 800 | 3 200 | 3 200 |  |

**KLAUZULE**

Wykonawca obowiązany jest **wypełnić tylko jedną z kolumn** „2” lub „3”, wpisując słowo **„TAK”** w odpowiedniej

kolumnie.

• Klauzula przyjęta w całości w treści opisanej w SWZ otrzyma liczbę punktów wskazaną w poniższej tabeli dla danej klauzuli (zaznaczona odpowiedź „tak” w kolumnie „2” „akceptujemy w treści opisanej w SWZ”),

• Każda klauzula odrzucona w całości nie otrzyma punktów (zaznaczona odpowiedź „tak” w kolumnie „3” „odrzucamy

klauzulę w całości”),

• Błędne oznaczenie, tj.: brak wypełnienia kolumn „2” i „3” bądź wpisanie „tak” lub „nie” w obydwu kolumnach spowoduje

nieprzyznanie punktów za tę klauzulę.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Klauzule** | **Akceptujemy w treści opisanej w SWZ** | **Odrzucamy****klauzulę** | **Liczba****możliwych****punktów** |
| **Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność terytorialną ubezpieczyciela za świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu** |  |  | **1** |
| **Klauzula dotycząca wypłaty świadczenia z tytułu poważnego zachorowania** |  |  | 4 |
| **Klauzula dotycząca skrócenia okresu wyłączenia odpowiedzialności z tytułu samobójstwa** |  |  | 2 |
| **Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu w sanatorium** |  |  | 1 |
| **Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu w szpitalu o pobyt w związku z leczeniem depresji i nerwicy** |  |  | 3 |
| **Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność terytorialną ubezpieczyciela za****świadczenie z tytułu operacji chirurgicznych** |  |  | 1 |
| **Klauzula zastosowania definicji „nowotworu łagodnego”** |  |  | 5 |
| **Klauzula uprawniająca do zniżek marketingowych w wybranych****ubezpieczeniach majątkowych** |  |  | 1 |
| **Klauzula zastosowania definicji „zawału serca”**  |  |  | 4 |
| **Klauzula zastosowania definicji „nowotworu złośliwego”** |  |  | 4 |
| **Klauzula udostępnienia systemu do obsługi programu ubezpieczeniowego**  |  |  | 4 |
| **Klauzula rozszerzająca ochronę ubezpieczeniową o dodatkowe świadczenie w ramach leczenia specjalistycznego** |  |  | 3 |
| **Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność o zdarzenia wypadkowe w związku z amatorskim uprawianiem sportów** |  |  | 1 |
| **Klauzula dotycząca ankiet medycznych** |  |  | 3 |
| **Klauzula otwartego katalogu operacji** |  |  | 3 |
| **Klauzula trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek NW** |  |  | 4 |
| **Klauzula gwarantowanych warunków indywidualnej kontynuacji****Ubezpieczenia** |  |  | 5 |
| **Gwarancja zniesienia ograniczeń wiekowych** |  |  | 4 |

W kwestiach nieuregulowanych w SWZ lub niniejszym Formularzu ofertowym do umowy będą mieć zastosowanie

poniżej wymienione OWU lub inne wzorce umowy

*(Należy podać symbol lub inne oznaczenie OWU lub innego wzorca umowy)*

a. …………………………………………….…………………………………………….

b. …………………………………………….…………………………………………….

c. …………………………………………….…………………………………………….

d. …………………………………………….…………………………………………….

e. …………………………………………….…………………………………………….