**ZAŁĄCZNIK nr 3 do SIWZ**

# FORMULARZ OFERTOWY

**Numer sprawy: ZOZ.DZP.271. 2.IX.2020**

**Dane dotyczące Wykonawcy:**

Nazwa .............................................................................................................................................

Adres siedziby ...................................................................................................................................

NIP:| | | | \_\_ | | | \_\_ | | | \_\_ |

REGON:| | | | | | | | | | |

**Dane do porozumiewania się:**

Tel. …………………………………………………………………………………………………………………

adres poczty elektronicznej ………………..………………………………………………………………………………………………

adres skrzynki EPUAP (ESP) ………………..………………………………………………………………………………………………

Niniejszym przedkładamy naszą ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego, na usługę grupowego ubezpieczenia na życie dla pracowników Zespołu Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu oraz członków ich rodzin.

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami SIWZ (wraz z załącznikami stanowiącymi jej integralną część), akceptujemy jej treść i warunki w niej zawarte i nie wnosimy zastrzeżeń oraz wyrażamy gotowość przystąpienia do zgodnej z SIWZ realizacji zamówienia.
2. Uzyskaliśmy informacje niezbędne do przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia.
3. Akceptujemy Istotne postanowienia umowy, zawarte w **ZAŁĄCZNIKU NR 5** do SIWZ. W przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Cena oferty zawiera wszelkie koszty związane z realizacją niniejszego zamówienia.
5. Osobą uprawnioną do podpisania umowy w imieniu Wykonawcy jest ………................................................................................................................................................(proszę podać imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe).
6. Osobą do kontaktu z Zamawiającym jest

........................................................................................................................................................(proszę podać imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe, tel. kontaktowy i adres e-mail).

1. Oferujemy wykonanie zamówienia zgodnie z wymaganiami SIWZ, w okresie od 01.01.2021 roku
do 31.12.2023 roku, w zakresie określonym w tabelach poniżejza cenę oferty w złotych polskich, obliczoną zgodnie z postanowieniami Rozdziału 15 SIWZ „Opis sposobu obliczania ceny”:

|  |  |
| --- | --- |
|  cena brutto w PLN (wartość liczbowa) | słownie cena brutto w PLN |
|  |  |

1. Oferujemy następujący zakres ubezpieczenia i wysokość świadczeń dla ubezpieczonych:
2. zakres ubezpieczenia i wysokość świadczeń dla ubezpieczonych w WARIANCIE I:

| **Lp.** | **Zakres ubezpieczenia/Rodzaj świadczenia** | **Minimalna wysokość świadczenia w PLN** | **Wysokość świadczenia wg oferty Wykonawcy****w PLN** | **Waga** **(w pkt.)** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ŚWIADCZENIA OBLIGARTORYJNE** |
| 1 | Śmierć naturalna ubezpieczonego | 35 000 |  | 8 |
| 2 | Śmierć ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 70 000 |  | 5 |
| 3 | Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy | 120 000 |  | 5 |
| 4 | Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego | 115 000 |  | 5 |
| 5 | Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy | 160 000 |  | 3 |
| 6 | Śmierć ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu | 70 000 |  | 4 |
| 7 | Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku - za 1% trwałego uszczerbku | 400 |  | 7 |
| 8 | Niezdolność do pracy wskutek NNW lub choroby  | 30 000 |  | 7 |
| 9 | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | 6 000 |  | 7 |
| 10 | Operacje chirurgiczne:Grupa IGrupa II Grupa IIIGrupa IV Grupa V | 2 2001 100660220110 |  | 5 |
| 11 | Leczenie szpitalne: |  |  |  |
| * świadczenie za każdy dzień pobytu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pobytu)
 | 100 |  | 6 |
| * świadczenie za każdy dzień pobytu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (od 15 dnia pobytu)
 | 50 |  | 5 |
| * świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu spowodowany chorobą
 | 50 |  | 5 |
| 12 | Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu na OIOM / OIT | 500 |  | 2 |
| 13 | Dzienne świadczenie z tytułu rekonwalescencji | 50 |  | 2 |
| 14 | Śmierć małżonka/partnera życiowego  | 13 000 |  | 2 |
| 15 | Śmierć małżonka/partnera życiowego wskutek NW  | 26 000 |  | 1 |
| 16 | Poważne zachorowanie małżonka/partnera życiowego | 3 700 |  | 3 |
| 17 | Śmierć rodzica lub rodzica małżonka/partnera życiowego | 1 800 |  | 2 |
| 18 | Urodzenie się dziecka | 1 200 |  | 2 |
| 19 | Urodzenie martwego dziecka | 4 725 |  | 2 |
| 20 | Osierocenie dziecka | 4 400 |  | 2 |
| 21  | Śmierć dziecka  | 3 800 |  | 2 |
| 22 | Poważne zachorowanie dziecka | 4 000 |  | 2 |
| 23 | Leczenie specjalistyczne | 3 000 |  | 3 |
| **ŚWIADCZENIA FAKULTATYWNE** |
| 24 | Leczenie szpitalne małżonka/partnera życiowego choroba/NNW | 50 |  | 1 |
| 25 | ASSISTANCE medyczny  | TAK / NIE |  | 1/0 |
| 26 | Ryczałt na leki (karta apteczna) | TAK / NIE |  | 1/0 |

1. zakres ubezpieczenia i wysokość świadczeń dla ubezpieczonych w WARIANCIE II:

| **Lp.** | **Zakres ubezpieczenia/Rodzaj świadczenia** | **Minimalna wysokość świadczenia w PLN** | **Wysokość świadczenia wg oferty Wykonawcy****w PLN** | **Waga** **(w pkt.)** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ŚWIADCZENIA OBLIGARTORYJNE** |
| 1 | Śmierć naturalna ubezpieczonego | 50 000 |  | 8 |
| 2 | Śmierć ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 100 000 |  | 5 |
| 3 | Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy | 150 000 |  | 5 |
| 4 | Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego | 160 000 |  | 5 |
| 5 | Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy | 200 000 |  | 3 |
| 6 | Śmierć ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu | 100 000 |  | 4 |
| 7 | Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku - za 1% trwałego uszczerbku | 500 |  | 7 |
| 8 | Niezdolność do pracy wskutek NNW lub choroby  | 38 000 |  | 7 |
| 9 | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | 8 800 |  | 7 |
| 10 | Operacje chirurgiczne:Grupa IGrupa II Grupa IIIGrupa IV Grupa V | 3 0001 500900300150 |  | 5 |
| 11 | Leczenie szpitalne: |  |  |  |
| * świadczenie za każdy dzień pobytu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pobytu)
 | 120 |  | 6 |
| * świadczenie za każdy dzień pobytu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (od 15 dnia pobytu)
 | 60 |  | 5 |
| * świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu spowodowany chorobą
 | 60 |  | 5 |
| 12 | Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu na OIOM / OIT | 500 |  | 2 |
| 13 | Dzienne świadczenie z tytułu rekonwalescencji | 50 |  | 2 |
| 14 | Śmierć małżonka/partnera życiowego  | 15 000 |  | 2 |
| 15 | Śmierć małżonka/partnera życiowego wskutek NW  | 33 000 |  | 1 |
| 16 | Poważne zachorowanie małżonka/partnera życiowego | 5 300 |  | 3 |
| 17 | Śmierć rodzica lub rodzica małżonka/partnera życiowego | 2 000 |  | 2 |
| 18 | Urodzenie się dziecka | 1 500 |  | 2 |
| 19 | Urodzenie martwego dziecka | 5 040 |  | 2 |
| 20 | Osierocenie dziecka | 6 050 |  | 2 |
| 21  | Śmierć dziecka  | 4 500 |  | 2 |
| 22 | Poważne zachorowanie dziecka | 5 300 |  | 2 |
| 23 | Leczenie specjalistyczne | 5 000 |  | 3 |
| **ŚWIADCZENIA FAKULTATYWNE** |
| 24 | Leczenie szpitalne małżonka/partnera życiowego choroba/NNW | 50 |  | 1 |
| 25 | ASSISTANCE medyczny  | TAK / NIE |  | 1/0 |
| 26 | Ryczałt na leki (karta apteczna) | TAK / NIE |  | 1/0 |

1. zakres ubezpieczenia i wysokość świadczeń dla ubezpieczonych w WARIANCIE III:

| **Lp.** | **Zakres ubezpieczenia/Rodzaj świadczenia** | **Minimalna wysokość świadczenia w PLN** | **Wysokość świadczenia wg oferty Wykonawcy****w PLN** | **Waga** **(w pkt.)** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ŚWIADCZENIA OBLIGARTORYJNE** |
| 1 | Śmierć naturalna ubezpieczonego | 70 000 |  | 8 |
| 2 | Śmierć ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 140 000 |  | 5 |
| 3 | Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy | 210 000 |  | 5 |
| 4 | Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego | 230 000 |  | 5 |
| 5 | Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy | 280 000 |  | 3 |
| 6 | Śmierć ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu | 140 000 |  | 4 |
| 7 | Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku - za 1% trwałego uszczerbku | 700 |  | 8 |
| 8 | Niezdolność do pracy wskutek NNW lub choroby  | 38 000 |  | 8 |
| 9 | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | 15 000 |  | 8 |
| 10 | Operacje chirurgiczne:Grupa IGrupa II Grupa IIIGrupa IV Grupa V | 6 0003 0001 800600300 |  | 5 |
| 11 | Leczenie szpitalne: |  |  |  |
| * świadczenie za każdy dzień pobytu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pobytu)
 | 140 |  | 6 |
| * świadczenie za każdy dzień pobytu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (od 15 dnia pobytu)
 | 70 |  | 5 |
| * świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu spowodowany chorobą
 | 70 |  | 5 |
| 12 | Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu na OIOM / OIT | 500 |  | 2 |
| 13 | Dzienne świadczenie z tytułu rekonwalescencji | 70 |  | 2 |
| 14 | Śmierć małżonka/partnera życiowego  | 16 000 |  | 2 |
| 15 | Śmierć małżonka/partnera życiowego wskutek NW  | 40 600 |  | 1 |
| 16 | Poważne zachorowanie małżonka/partnera życiowego | 6 200 |  | 3 |
| 17 | Śmierć rodzica lub rodzica małżonka/partnera życiowego | 2 550 |  | 2 |
| 18 | Urodzenie się dziecka | 0 |  | 0 |
| 19 | Urodzenie martwego dziecka | 0 |  | 0 |
| 20 | Osierocenie dziecka | 5 700 |  | 2 |
| 21  | Śmierć dziecka  | 8 000 |  | 2 |
| 22 | Poważne zachorowanie dziecka | 6 500 |  | 2 |
| 23 | Leczenie specjalistyczne | 5 000 |  | 4 |
| **ŚWIADCZENIA FAKULTATYWNE** |
| 24 | Leczenie szpitalne małżonka/partnera życiowego choroba/NNW | 50 |  | 1 |
| 25 | ASSISTANCE medyczny  | TAK / NIE |  | 1/0 |
| 26 | Ryczałt na leki (karta apteczna) | TAK / NIE |  | 1/0 |

1. zakres ubezpieczenia i wysokość świadczeń dla ubezpieczonych w WARIANCIE IV:

| **Lp.** | **Zakres ubezpieczenia/Rodzaj świadczenia** | **Minimalna wysokość świadczenia w PLN** | **Wysokość świadczenia wg oferty Wykonawcy****w PLN** | **Waga** **(w pkt.)** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ŚWIADCZENIA OBLIGARTORYJNE** |
| 1 | Śmierć naturalna ubezpieczonego | 80 000 |  | 8 |
| 2 | Śmierć ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 160 000 |  | 6 |
| 3 | Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy | 220 000 |  | 6 |
| 4 | Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego | 240 000 |  | 6 |
| 5 | Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy | 300 000 |  | 5 |
| 6 | Śmierć ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu | 200 000 |  | 5 |
| 7 | Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku - za 1% trwałego uszczerbku | 1 000 |  | 8 |
| 8 | Niezdolność do pracy wskutek NNW lub choroby  | 50 000 |  | 8 |
| 9 | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | 25 000 |  | 8 |
| 10 | Operacje chirurgiczne:Grupa IGrupa II Grupa IIIGrupa IV Grupa V | 8 0004 0002 400800400 |  | 6 |
| 11 | Leczenie szpitalne: |  |  |  |
| * świadczenie za każdy dzień pobytu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pobytu)
 | 250 |  | 6 |
| * świadczenie za każdy dzień pobytu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (od 15 dnia pobytu)
 | 100 |  | 5 |
| * świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu spowodowany chorobą
 | 100 |  | 5 |
| 12 | Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu na OIOM / OIT | 500 |  | 2 |
| 13 | Dzienne świadczenie z tytułu rekonwalescencji | 100 |  | 2 |
| 14 | Śmierć małżonka/partnera życiowego  | 20 000 |  | 3 |
| 15 | Śmierć małżonka/partnera życiowego wskutek NW  | 0 |  | 0 |
| 16 | Poważne zachorowanie małżonka/partnera życiowego | 0 |  | 0 |
| 17 | Śmierć rodzica lub rodzica małżonka/partnera życiowego | 3 000 |  | 2 |
| 18 | Urodzenie się dziecka | 0 |  | 0 |
| 19 | Urodzenie martwego dziecka | 0 |  | 0 |
| 20 | Osierocenie dziecka | 0 |  | 0 |
| 21  | Śmierć dziecka  | 0 |  | 0 |
| 22 | Poważne zachorowanie dziecka | 0 |  | 0 |
| 23 | Leczenie specjalistyczne | 5 000 |  | 6 |
| **ŚWIADCZENIA FAKULTATYWNE** |
| 24 | Leczenie szpitalne małżonka/partnera życiowego choroba/NNW | 50 |  | 1 |
| 25 | ASSISTANCE medyczny  | TAK / NIE |  | 1/0 |
| 26 | Ryczałt na leki (karta apteczna) | TAK / NIE |  | 1/0 |

1. Oświadczam, że wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług / Oświadczam, że wybór oferty będzie prowadzić do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług i wskazuję nazwę (rodzaj) usługi, których świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazuję ich wartość bez kwoty podatku\*

………………………………………………………………………………..

\* niepotrzebne skreślić

1. Nie zamierzam(y) powierzać żadnej części niniejszego zamówienia podwykonawcom / następujące części niniejszego zamówienia zamierzam(y) powierzyć podwykonawcom\*:

|  |  |
| --- | --- |
| Firma podwykonawcy*(o ile jest to wiadome, proszę podać wykaz proponowanych podwykonawców)* | Wskazanie części zamówienia |
|  |  |

\* niepotrzebne skreślić

1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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 pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

\* *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)*

1. Załącznikami do niniejszej oferty, stanowiącymi jej integralną część są następujące dokumenty:
2. Ogólne warunki ubezpieczenia/Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia (podać rodzaj warunków ubezpieczenia i datę uchwalenia/wejścia w życie)
3. Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu
4. Tabela operacji chirurgicznych
5. Warunki indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia

…..………………………………………………………………… Wymagany kwalifikowany podpis/ podpisy elektroniczny/e osoby/osób uprawionej/nych do reprezentowania Wykonawcy

Miejscowość, data ……………………………….

**Załącznikami do niniejszej oferty, stanowiącymi jej integralną część są:**

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

 (co należy rozumieć jako wskazanie dokumentu zgodnie z § 10 pkt 1 Rozporządzenie Ministra Rozwoju z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie rodzaju dokumentów jakich może żądać Zamawiający od Wykonawcy, okresu ich ważności oraz form, w jakich te dokumenty mogą być składane)