Załącznik nr 1 do SWZ

FORMULARZ OFERTY

 .........................., dnia.................

Działając w imieniu:

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

z siedzibą w ............................. kod.......................... przy ulicy ............................... nr................
tel. ......................................... mail ........................................, NIP/PESEL ....................................... REGON ....................................... NR KRS/CEiDG ………………………………………………………..

w odpowiedzi na ogłoszenie o przetargu na usługę dobrowolnego ubezpieczenia grupowego na życie pracowników, ich współmałżonków/partnerów życiowych oraz pełnoletnich dzieci pracowników Instytutu Chemii Bioorganicznej Polskiej Akademii Nauk PN 527/2021 zgłaszam(y) niniejszą ofertę i oświadczam (y), że:

Oferuję(my) realizację zamówienia na warunkach określonych w Specyfikacji Warunków Zamówienia (**SWZ**), w łącznej kwocie brutto:

**UBEZPIECZENIE GRUPOWE NA ŻYCIE ………………...……….…... zł brutto.**

cena łączna = [ (składka miesięczna za osobę Wariant I) x 36 miesięcy x 195 osób) + (składka miesięczna za osobę Wariant II) x 36 miesięcy x 215 osób)

|  |  |
| --- | --- |
| **Składka miesięczna za 1 osobę** | **szacunkowa liczba osób ubezpieczonych** |
| Wariant I........... zł (słownie......................................................) | 195 |
| Wariant II........... zł (słownie......................................................) | 215 |

W poszczególnych wariantach ubezpieczenia oferuję(my) następującą wysokość świadczeń:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zakres ubezpieczenia | **Wariant I** | **Wariant II** |
| wymagana minimalna wysokość świadczenia | wysokość świadczenia w PLN proponowana przez Wykonawcę (nie niższa niż minimalna) | wymagana minimalna wysokość świadczenia | wysokość świadczenia w PLN proponowana przez Wykonawcę (nie niższa niż minimalna) |
| Zgon ubezpieczonego\*\*\* | 45 000 zł |  | 55 000 zł |  |
| **Zgon ubezpieczonego w wyniku NW\*** | 90 000 zł |  | 110 000 zł |  |
| **Zgon ubezpieczonego w wyniku NW komunikacyjnego\*** | 135 000 zł |  | 165 000 zł |  |
| **Zgon ubezpieczonego w wyniku NW przy pracy\*** | 135 000 zł |  | 165 000 zł |  |
| **Zgon ubezpieczonego w wyniku NW komunikacyjnego przy pracy\*** | 180 000 zł |  | 220 000 zł |  |
| Zgon wskutek zawału serca lub udaru mózgu\* | 67 500 zł |  | 82 500 zł |  |
| **Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku NW (za 1% uszczerbku)** \*\*\* | 400 zł |  | 500 zł |  |
| Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu (za 1% uszczerbku) | 400 zł |  | 500 zł |  |
| Trwała niezdolność do pracy | 20 000 zł |  | 30 000 zł |  |
| **Poważne zachorowanie ubezpieczonego**\*\*\* | 4 000 zł |  | 5 000 zł |  |
| Poważne zachorowanie współmałżonka/partnera | 4 000 zł |  | 5 000 zł |  |
| Operacje chirurgiczne ubezpieczonego w zależności od typu operacji (przy podziale na 5 typów/klas) | 400 zł400 zł1 200 zł2 000 zł4 000 zł |  | 500 zł500 zł1 500 zł2 500 zł5 000 zł |  |
| Zgon małżonka/partnera | 12 000 zł |  | 14 000 zł |  |
| Zgon małżonka/partnera w wyniku NW\* | 20 000 zł |  | 24 000 zł |  |
| Zgon dziecka | 3 000 zł |  | 3 600 zł |  |
| Zgon dziecka w wyniku NW\* | 6 000 zł |  | 7 200 zł |  |
| **Zgon rodziców Ubezpieczonego/ rodziców małżonka/partnera Ubezpieczonego**\*\*\* | 2 000 zł |  | 2 400 zł |  |
| Zgon rodziców Ubezpieczonego/ rodziców małżonka/partnera Ubezpieczonego wyniku NW\* | 4 000 zł |  | 4 800 zł |  |
| Urodzenie się dziecka\*\*\* | 1 550 zł |  | 1 850 zł |  |
| Urodzenie martwego noworodka | 3 100 zł |  | 3 700 zł |  |
| Osierocenie dziecka | 4 000 zł |  | 5 000 zł |  |
| Pobyt w szpitalu wskutek (za dzień pobytu)\*\*:- choroby- NW\*- NW przy pracy\*- NW komunikacyjnego\*- NW komunikacyjnego w pracy\*- zawału serca lub udaru mózgu\*- rekonwalescencja- OIT/OIOM | 45 zł90zł/ 45zł135zł/45zł135zł/45zł180zł/45zł90zł/45zł22,5 zł450 zł |  | 55 zł110zł/ 55zł165zł/55zł165zł/55zł220zł/55zł110zł/55zł27,5 zł550 zł |  |

**\*** skumulowana wartość świadczenia**\*\*** pobyt w szpitalu do 14 dni/ powyżej 14 dni \*\*\* ryzyka dodatkowo punktowane za podwyższenie wysokości świadczeń

Oferuję(my) następującą klauzule dodatkowe i inne postanowienia szczególnie preferowane, zgodnie ze szczegółowymi zapisami, zawartymi w załączniku nr 2 do SWZ – Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia, ppkt V – klauzule dodatkowe i inne postanowienia szczególnie preferowane (podlegające ocenie):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Numer klauzuli/postanowień | Nazwa klauzuli/postanowień | TAK/NIE | Uwagi |
| 1 | Klauzula zniżki na ubezpieczenia majątkowe |  | Wysokość zniżki:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 2 | Klauzula rozszerzenia katalogu poważnych zachorowań  |  | Liczba dodatkowych poważnych zachorowań:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 3 | Klauzula leczenia specjalistycznego |  | Wysokość świadczenia w Wariancie I: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Wysokość świadczenia w Wariancie II: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 4 | Klauzula nowotwór in situ |  | ----------------- |

* Informuję (-my), że jestem (jesteśmy) związany (związani) ofertą na czas wskazany w SWZ, a w przypadku wygrania przetargu i zawarcia umowy warunki określone w ofercie obowiązują przez cały okres trwania umowy.
* Informuję (-my), iż zapoznałem (zapoznaliśmy) się z warunkami zamówienia określonymi w SWZ i załącznikach oraz w Istotnych warunkach umowy stanowiących załącznik nr 5 do SWZ i akceptuję (-my) postanowienia w nich zawarte bez zastrzeżeń.
* Oświadczam (-my), że wszystkie informacje, które nie zostały przez nas wyraźnie zadeklarowane, jako stanowiące tajemnice przedsiębiorstwa i nie zostały zabezpieczone (np. poprzez umieszczenie tych informacji niezależnie od oferty w odrębnym pliku) są jawne.
* Oświadczam(my), że Przedmiot zamówienia wykonamy osobiście/przy udziale podwykonawców.
* W przypadku zamiaru powierzenia wykonania części zamówienia podwykonawcom oświadczam(my), że wykonają oni następującą część zamówienia:
* …………………………………………………………………………………………………………………..
* Oświadczam(y), że uzyskaliśmy informacje niezbędne do przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia.
* Oświadczam(y), że przedmiot zamówienia w zakresie danej części realizować będziemy w terminie od 01.10.2021 r. do 30.09.2024 r.
* Oświadczamy, że dysponujemy elektronicznym, internetowym systemem obsługi umowy ubezpieczenia, spełniającym ustawowe wymogi o ochronie danych osobowych oraz umożliwiającym wprowadzanie danych osobowych osób nowo przystępujących, wyrejestrowywanie z ubezpieczenia i potwierdzanie deklaracji rozliczeniowych. Zobowiązujemy się udostępnić Zamawiającemu indywidualny dostęp do elektronicznego, internetowego systemu obsługi ubezpieczenia w ciągu 30 dni od rozpoczęcia odpowiedzialności z ubezpieczenia grupowego.
* Oświadczamy, że (*dotyczy Towarzystw Ubezpieczeń Wzajemnych*):
* w naszym statucie przewidujemy możliwość ubezpieczania osób nie będących członkami towarzystwa
* Zamawiający jest osobą nie będącą członkiem towarzystwa i nie będzie zobowiązany do pokrywania straty towarzystwa przez wnoszenie dodatkowej składki ubezpieczeniowej w całym okresie realizacji zamówienia, zgodnie z art. 111 ust. 2 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej
* składka przypisana Zamawiającemu w okresie realizacji zamówienia mieści się w 10% składki przypisanej brutto towarzystwu przypadającej na osoby nie będące członkami towarzystwa, zgodnie z art. 111 ust. 3 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej
* Oświadczam (-my), że posiadam(my) status mikroprzedsiębiorcy/małego przedsiębiorcy/dużego przedsiębiorcy\* w rozumieniu załącznika I rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i art. 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014, str. 1, z późn. zm.) w związku z art. 4 pkt 5 i 6 ustawy z dnia 8 marca 2013 r. o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych (Dz.U.  2013 r. poz. 403 z późn. zm).

(\*) – niepotrzebne skreślić

Załączniki do oferty:

1. Jednolity Europejski Dokument Zamówienia
2. Ogólne Warunki Ubezpieczenia ( OWU ) Wykonawcy

|  |  |
| --- | --- |
| .................................................... | .......................................................... |
| Miejsce i data | Pieczątka i podpisy osób reprezentujących Wykonawcę |