

**Załącznik Nr 1**Warszawa, 18.10.2023 r.  
(miejscowość, data)Wykonawca/ Wykonawcy wspólnie  
ubiegający się o udzielenie  
zamówienia\*\*(w przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających  
się o udzielenie zamówienia w formularzu Oferty  
należy wpisać wszystkich Wykonawców wspólnie  
ubiegających się o udzielenie zamówienia)Nazwa:  
Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.  
KRS 0000537026, NIP 521-368-70-70, REGON 360460850  
Województwo: Mazowieckie  
Miejscowość: Warszawa  
Kod pocztowy: 02-685  
Kraj: Polska  
Adres pocztowy (ulic, nr domu i lokalu): Rodziny Hiszpańskich 8  
Tel.: 782 996 861  
e-mail: tomasz.niescior@pocztowenazycie.pl**Gmina Grudziądz  
ul. Wybickiego 38  
86-300 Grudziądz****O F E R T A**Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na  
**GRUPOWE UBEZPIECZENIE PRACOWNIKÓW, WSPÓŁMAŁŻONKÓW ORAZ PEŁNOLETNICH DZIECI  
PRACOWNIKÓW GMINY GRUDZIĄDZ** zgodnie ze SWZ, oferujemy wykonanie zamówienia na następujących  
warunkach:**1. za cenę łączną: 461 640,00 PLN**

Cena łączna została wyliczona zgodnie z poniższą tabelą:

Ryzyko	Warianty	Proponowana składka miesięczna za osobę w PLN	Liczba osób do ubezpieczenia (szacowana)	Łączna składka miesięczna razem (C x D)
A	B	C	D	E
Grupowe ubezpieczenie na życie	Wariant I	62,00 PLN	160	9920,00 PLN
	Wariant II	69,00 PLN	135	9315,00 PLN
<b>SKŁADKA MIESIĘCZNA RAZEM</b> (podsumowanie wierszy powyżej w kolumnie E)				<b>19235,00 PLN</b>
<b>CENA ŁĄCZNA</b> (Składka miesięczna razem x 24 miesiące)				<b>461640,00 PLN</b>

**2. Wysokość świadczeń (świadczenia skumulowane)**

L.P.	Zakres Ubezpieczenia	<b>Minimalna wymagana wysokość świadczeń w PLN</b>	<b>Oferta</b>	<b>Minimalna wymagana wysokość świadczeń w PLN</b>	<b>Oferta</b>
1	Zgon Ubezpieczonego	63 000	63 000	84 000	84 000
2	Zgon Ubezpieczonego w wyniku zawału lub udaru mózgu	120 000	120 000	130 000	130 000
3	Zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	160 000	160 000	180 000	180 000
4	Zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy	200 000	200 000	240 000	240 000
5	Zgon Ubezpieczonego w wypadku komunikacyjnym	200 000	200 000	240 000	240 000
6	Zgon Ubezpieczonego w wypadku komunik. przy pracy	250 000	250 000	280 000	280 000
7	Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (za każdy 1% uszczerbku)	580	580	680	680
8	Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu (za każdy 1% uszczerbku)	550	550	600	600
9	Zgon małżonka Ubezpieczonego	21 000	21 000	24 000	24 000
10	Zgon małżonka Ubezpieczonego wskutek NW	42 000	42 000	48 000	48 000
11	Zgon rodziców Ubezpieczonego/rodziców małżonka Ubezpieczonego	2 450	2 450	2 700	2 700
12	Zgon dziecka	8 000	8 000	8 000	8 000
13	Zgon noworodka	3 800	3 800	2 000	2 000
14	Urodzenie dziecka	1 900	1 900	1 000	1 000
15	Osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego	9 000	9 000	9 000	9 000
16	Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	10 000	10 000	13 000	13 000
17	Poważne zachorowanie Małżonka Ubezpieczonego	4 800	4 800	6 000	6 000
18	Poważne zachorowanie Dziecka Ubezpieczonego	4 000	4 000	3 000	3 000
19	Trwała niezdolność do pracy	15 000	15 000	22 000	22 000
20	Leczenie specjalistyczne	4 200	4 200	5 000	5 000
21	Karta apteczna / świadczenie apteczne	---	---	200	200
22	Operacje Chirurgiczne (najniższa możliwa pojedyncza wypłata z tytułu operacji chirurgicznej)	350	350	450	450
	Leczenie szpitalne ubezpieczonego				
	Rozszerzenie odpowiedzialności: RP plus kraje UE	Tak	Tak	Tak	Tak
23	w związku z chorobą	120	120	120	120
24	w związku z nieszczęśliwym wypadkiem (od 1 do 14 dnia)	320	320	320	320
25	w związku z wypadkiem komunikacyjnym (od 1 do 14 dnia)	410	410	410	410
26	w związku z wypadkiem przy pracy (od 1 do 14 dnia)	410	410	410	410
27	w związku z wypadkiem komunikacyjnym przy pracy (od 1 do 14 dnia pobytu)	540	540	540	540
28	w związku z zawałem serca lub udarem mózgu (od 1 do 14 dnia)	310	310	310	310
29	w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, wypadkiem komunikacyjnym, przy pracy, zawałem serca lub udarem mózgu (od 15 dnia pobytu)	120	120	120	120

30	pobyt na OIOM (jednorazowo)	850	850	850	850
31	świadczenie za rekonwalescencję (dziennie)	60	60	60	60
	Prawo do indywidualnej kontynuacji	Tak	Tak	Tak	Tak

### 3. Klauzule dodatkowe

Nr klauzuli	Nazwa klauzuli		TAK/NIE *	
<b>1</b>	Klauzula rozszerzenia listy chorób w ramach świadczenia za poważne zachorowanie ubezpieczonego.			
<b>Za zaakceptowanie każdej choroby naliczane jest 0,25 pkt. (max 6,5 pkt.)</b>				
	Chirurgiczne leczenie aorty brzusznej	TAK	Zakażona martwica trzustki	TAK
	Chirurgiczne leczenie aorty piersiowej	TAK	Bakteryjne zapalenie wsierdza	TAK
	Choroba Huntingtona	TAK	Utrata mowy	TAK
	Schyłkowa niewydolność wątroby	NIE	Śpiączka	TAK
	Utrata kończyny wskutek choroby	TAK	Paraliż co najmniej dwóch kończyn	TAK
	Leczenie wady serca (wszczepienie zastawki serca)	TAK	Ciężki uraz głowy	NIE
	Bezpłodność spowodowana chorobą	NIE	Choroba Alzheimera	TAK
	Bakteryjne zapalenie mózgu lub opon rdzeniowo-mózgowych	TAK	Toksoplazmoza	NIE
	Pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych	NIE	Przewlekła niewydolność oddechowa	NIE
	Nieżłśliwy guz mózgu	NIE	Ostra niewydolność oddechowa	NIE
	Cholera	TAK	Dur brzuszny	TAK
	Gorączka Denga	TAK	Malaria	TAK
	Żółta gorączka	TAK	Gorączka zachodniego nilu	TAK
<b>2</b>	Klauzula wydłużenia okresu wypłaty za świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu		<b>TAK</b>	
<b>3</b>	Klauzula zniesienia karencji		<b>NIE</b>	
<b>4</b>	Klauzula wypłaty świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu wskutek choroby		<b>TAK</b>	
<b>5</b>	Klauzula rozszerzenia zakresu terytorialnego za świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu		<b>TAK</b>	
<b>6</b>	Klauzula dodatkowa na wypadek urodzenia się dziecka Ubezpieczonego z Apgar poniżej 5		<b>TAK</b>	
<b>7</b>	Klauzula wynagrodzenia za czynności przygotowawcze		<b>TAK</b>	
<b>8</b>	Klauzula stażu do Indywidualnej Kontynuacji		<b>TAK</b>	
<b>9</b>	Klauzula zachowania warunków na Indywidualnej Kontynuacji		<b>TAK</b>	
<b>10</b>	Klauzula zgonu dziecka		<b>TAK</b>	
<b>11</b>	Klauzula rozszerzenia katalogu operacji chirurgicznej		<b>NIE</b>	
<b>12</b>	Klauzula pobytu w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym		<b>NIE</b>	
<b>13</b>	Klauzula rozszerzająca definicję urodzenia dziecka		<b>TAK</b>	
<b>14</b>	Klauzula wydłużenia okresu rekonwalescencji		<b>TAK</b>	
<b>15</b>	Klauzula skrócenia wymaganego czasu pobytu w szpitalu		<b>TAK</b>	
<b>16</b>	Klauzula świadczenia bólowego		<b>NIE</b>	
<b>17</b>	Klauzula włączenia otwartego katalogu operacji chirurgicznych		<b>TAK</b>	

<b>18</b>	Klauzula alkoholowa	<b>NIE</b>
<b>19</b>	Klauzula gwarancji warunków na indywidualnej kontynuacji	<b>NIE</b>
<b>20</b>	Klauzula świadczeń assistance na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia	<b>NIE</b>
<b>21</b>	Klauzula zniżki na ubezpieczenia majątkowe	<b>NIE</b>
<b>22</b>	Klauzula zniżki na leki	<b>NIE</b>
<b>23</b>	Klauzula leczenia szpitalnego dziecka	<b>NIE</b>
<b>24</b>	Klauzula rozszerzenia leczenia specjalistycznego	<b>TAK</b>
<b>25</b>	Klauzula wypłaty świadczenia za nowotwór w stadium przedinwazyjnym	<b>NIE</b>

\*Wpisanie TAK – zaakceptowanie danej klauzuli dodatkowej,  
 Wpisanie NIE – brak akceptacji danej klauzuli dodatkowej,  
 Brak wpisu (pusta komórka) – brak akceptacji danej klauzuli dodatkowej.

### **PONADTO OŚWIADCZAMY, ŻE:**

1. Termin realizacji zamówienia: **24 miesiące, początek okresu ubezpieczenia nie wcześniej niż od dnia 01.12.2023 r.**
2. Oświadczamy, że uzyskaliśmy informacje niezbędne do przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz przyjmujemy warunki określone w SWZ.
3. Oświadczamy, że usługa ubezpieczenia zwolniona jest z podatku VAT zgodnie z art. 43 ust. 1 pkt 37 Ustawy z dnia 11 marca 2004 o podatku od towarów i usług (Dz.U. z 2023 r., poz. 1570 z późn. zm.).
4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się i akceptujemy projektowane postanowienia umowy określone w SWZ i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umów zgodnie z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w SWZ, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. Uprawnionym przedstawicielem do kontaktów z Zamawiającym jest Pan/Pani Tomasz Nieścior, tel.: 782 996 861, adres e-mail: tomasz.niescior@pocztowenazycie.pl
6. ~~Zamierzamy powierzyć niżej wymienionym podwykonawcom następujące części zamówienia (następujący zakres czynności ubezpieczeniowych związanych z przedmiotem zamówienia) /wypełniają Wykonawcy, którzy deklarują taki zamiar/:~~

<b>Lp.</b>	<b>Części zamówienia powierzone podwykonawcom (zakres czynności ubezpieczeniowych powierzonych podwykonawcom)</b>	<b>Nazwa podwykonawcy (jeżeli jest już znana)</b>

7. Oświadczamy, że Zamawiający (Ubezpieczający/Ubezpieczony) nie będzie zobowiązany do pokrywania strat Wykonawcy działającego w formie towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych przez wnoszenie dodatkowej składki, zgodnie z art. 111 ust. 2 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 656 z późn. zm.).
8. Oświadczam, że wypełniłem 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) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
9. Oświadczamy, że do poszczególnych ubezpieczeń stanowiących przedmiot zamówienia będą miały zastosowanie wymienione poniżej warunki ubezpieczenia:

Lp.	Nazwa OWU	Data uchwalenia
1	Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie,	4.01.2017
2	Ogólne warunki ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,	4.01.2017
3	Ogólne warunki ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego,	4.01.2017

4	Ogólne warunki ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy,	4.01.2017
5	Ogólne warunki ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu,	4.01.2017
6	Ogólne warunki ubezpieczenia osierocenia dziecka,	4.01.2017
7	Ogólne warunki ubezpieczenia trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku wraz z załącznikiem nr 1 – tabelą uszczerbków,	4.01.2017
8	Ogólne warunki ubezpieczenia trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu wraz z załącznikiem nr 1 – tabelą uszczerbków	4.01.2017
9	Ogólne warunki ubezpieczenia trwałej niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku lub choroby,	4.01.2017
10	Ogólne warunki ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu,	4.01.2017
11	Ogólne warunki ubezpieczenia operacji chirurgicznej ubezpieczonego wraz z załącznikiem nr 1 – lista operacji,	4.01.2017
12	Ogólne warunki ubezpieczenia poważnego zachorowania ubezpieczonego,	4.01.2017
13	Ogólne warunki ubezpieczenia poważnego zachorowania małżonka albo partnera życiowego,	4.01.2017
14	Ogólne warunki ubezpieczenia poważnego zachorowania dziecka	4.01.2017
15	Ogólne warunki ubezpieczenia leczenia specjalistycznego,	4.01.2017
16	Ogólne warunki ubezpieczenia urodzenia dziecka,	4.01.2017
17	Ogólne warunki ubezpieczenia urodzenia dziecka martwego,	4.01.2017
18	Ogólne warunki ubezpieczenia śmierci dziecka,	4.01.2017
19	Ogólne warunki ubezpieczenia śmierci małżonka albo partnera życiowego,	4.01.2017
20	Ogólne warunki ubezpieczenia śmierci małżonka albo partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku,	4.01.2017
21	Ogólne warunki ubezpieczenia śmierci rodzica lub teścia,	4.01.2017
22	Ogólne warunki indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie.	24.09.2021

10. Oświadczamy, że Wykonawca którego reprezentujemy jest:

- małym przedsiębiorcą (małe przedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR)  
 średnim przedsiębiorcą (średnie przedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 250 pracowników i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR)  
 dużym przedsiębiorstwem

11. Na podstawie § 13 Rozporządzenia Ministra Rozwoju, Pracy i Technologii z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie podmiotowych środków dowodowych oraz innych dokumentów lub oświadczeń, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy (Dz.U. poz. 2415) informuję (my), że Zamawiający może samodzielnie pobrać wymagane przez niego dokumenty tj. KRS (*należy podać jakie dokumenty Zamawiający może samodzielnie pobrać np. KRS, CEiDG*). Powyższe dokumenty Zamawiający pobiera z ogólnodostępnej i bezpłatnej bazy danych pod adresem internetowym: ....., a w przypadku Wykonawców mających siedzibę w Polsce (zaznaczyć właściwe):

- <https://ems.ms.gov.pl/krs/wyszukiwaniempodmiotu>  
 <https://prod.ceidg.gov.pl>

Załącznikami do niniejszej oferty są:

- Oświadczenie Wykonawcy składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych dotyczące podstaw do wykluczenia z postępowania,
- Pełnomocnictwo dla osoby podpisującej ofertę (jeśli umocowanie nie wynika z KRS bądź dokumentu równorzędnego),
- Załącznik do Oferty - Zakres zmian w OWU Wykonawcy
- OWU Wykonawcy

W sprawach nieuregulowanych w ofercie oraz SWZ, zastosowanie mają OWU. W przypadku wystąpienia sprzecznych zapisów z OWU pierwszeństwo mają zapisy SWZ i oferty.