**Załącznik nr 3 do SWZ**

**Załącznik nr ……… do umowy**

…………………………….

pieczątka wykonawcy

**FORMULARZ OFERTY**

Nazwa i adres wykonawcy (miejscowość i data)

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

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

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

Nr telefonu .............................

e-mail…...................................

NIP ..............................................

REGON: ⎪

Nr konta………………………………………………………....

Akademia Wychowania Fizycznego

im. E. Piaseckiego

ul. Królowej Jadwigi 27/39

* 1. Poznań

Odpowiadając na ogłoszenie o zamówieniu publicznym na ***„Usługę grupowego ubezpieczenia na życie pracowników Akademii Wychowania Fizycznego im. Eugeniusz Piaseckiego w Poznaniu oraz ich współmałżonków, partnerów życiowych i pełnoletnich dzieci”*** o nr RSZP-2003-05/21/ZP, przeprowadzanym w trybie podstawowym z możliwością przeprowadzenia negocjacji treści ofert w celu ich ulepszenia, oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w SWZ, na następujących warunkach:

1. **Oferta:**
   1. **Wariant I**
      1. Akceptujemy następujące klauzule dodatkowe i inne postanowienia szczególne preferowane:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr klauzuli** | **Numer i nazwa klauzuli rozszerzającej zakres ochrony** | **TAK / NIE** | **Wysokość świadczenia dla obliczenia punktów zgodnie z zapisem w pkt 2** |
| 1. | Klauzula dodatkowa obniżenia karencji |  |  |
| 2. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca poważne zachorowania Ubezpieczonego |  |  |
| 3. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o poważne zachorowania współmałżonka/ partnera życiowego |  |  |
| 4. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o poważne zachorowania dziecka |  |  |
| 5. | Klauzula dodatkowa maksymalnego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu |  |  |
| 6. | Klauzula dodatkowa Assistance |  |  |
| 7. | Klauzula dodatkowa podwyższająca wartość świadczenia z karty aptecznej z 200 zł na 300 zł. |  |  |
| 8. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o możliwość przystąpienia partnerów życiowych |  |  |
| 9. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o leczenie specjalistyczne |  |  |
| 10. | Klauzula dodatkowa podwyższająca wartość świadczenia poważnego zachorowania w przypadku zdiagnozowania nowotworu złośliwego o 30% |  |  |
| 11. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o wypłatę świadczenia szpitalnego od 2-go dnia pobytu |  |  |
| 12. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o wypłatę świadczenia szpitalnego od 1-go dnia pobytu |  |  |

*UWAGA. W przypadku nie wypełnienia w formularzu sformułowania TAK albo NIE domyślnym wyrażeniem pozostanie NIE.*

* + 1. Oferujemy następujące wysokości świadczeń (świadczenia w PLN):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **ŚWIADCZENIA** | **Wymagana wysokość świadczenia** | **Oferowana wysokość świadczenia przez wykonawcę** |
| 1 | Śmierć Ubezpieczonego | 45 000 |  |
| 2 | Śmierć Ubezpieczonego z tytułu nieszczęśliwego wypadku | 90 000 |  |
| 3 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego | 56 250 |  |
| 4 | Śmierć Ubezpieczonego z tytułu wypadku przy pracy | 112 500 |  |
| 5 | Śmierć Ubezpieczonego z tytułu wypadku komunikacyjnego | 112 500 |  |
| 6 | Śmierć Ubezpieczonego z tytułu wypadku komunikacyjnego przy pracy | 140 000 |  |
| 7 | Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego za 1% uszczerbku | 360 |  |
| 8 | Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie NW za 1% uszczerbku | 450 |  |
| 9 | Śmierć współmałżonka/partnera życiowego | 7 000 |  |
| 10 | Śmierć współmałżonka/partnera życiowego z tytułu NW | 14 000 |  |
| 11 | Śmierć dziecka | 2 500 |  |
| 12 | Śmierć rodziców / teściów | 2 000 |  |
| 13 | Urodzenie martwego dziecka | 2 500 |  |
| 14 | Osierocenie dziecka | 3 000 |  |
| 15 | Urodzenie się dziecka | 1 400 |  |
| 16 | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | 4 000 |  |
| 17 | Trwała niezdolność do pracy | 15 000 |  |
| 18 | Operacje chirurgiczne | 2 500 |  |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu do 14 dni** | | |
| 19 | Leczenie w szpitalu w związku z chorobą | 45 |  |
| 20 | Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym | 90 |  |
| 21 | Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem | 90 |  |
| 22 | Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym | 120 |  |
| 23 | Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem przy pracy | 120 |  |
| 24 | Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym w pracy | 140 |  |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni** | | |
| 25 | Leczenie w szpitalu w związku z chorobą | 45 |  |
| 26 | Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym | 45 |  |
| 27 | Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem | 45 |  |
| 28 | Karta apteczna | 200 |  |
| 29 | Rekonwalescencja | 20 |  |
| 30 | Pobyt na OIOM/OIT | 400 |  |
| 31 | Pobyt na OIOM/OIT – COVID 19 – respirator | 800 |  |

*UWAGA. W kolumnie „Oferowana wysokość świadczenia przez wykonawcę” w wierszu dotyczącym danego świadczenia proszę wpisać wartość proponowanej wysokości świadczenia. Brak wpisanej wartości świadczenia oznacza zaakceptowanie wymaganej wysokości świadczenia.*

*Zaproponowanie obniżonej wysokości świadczeń powyżej dopuszczonych przez zamawiającego 5 % skutkować będzie odrzuceniem oferty.*

* 1. **Wariant II**
     1. Akceptujemy następujące klauzule dodatkowe i inne postanowienia szczególne preferowane:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr. klauzuli** | **Numer i nazwa klauzuli rozszerzającej zakres ochrony** | **TAK / NIE** | **Wysokość świadczenia dla obliczenia punktów zgodnie z zapisem w pkt 2** |
| 1. | Klauzula dodatkowa obniżenia karencji |  |  |
| 2. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca poważne zachorowania Ubezpieczonego |  |  |
| 3. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o poważne zachorowania współmałżonka/ partnera życiowego |  |  |
| 4. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o poważne zachorowanie dziecka |  |  |
| 5. | Klauzula dodatkowa maksymalnego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu |  |  |
| 6. | Klauzula dodatkowa Assistance |  |  |
| 7. | Klauzula dodatkowa podwyższająca wartość świadczenia z karty aptecznej z 200 zł na 300 zł. |  |  |
| 8. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o możliwość przystąpienia partnerów życiowych |  |  |
| 9. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o leczenie specjalistyczne |  |  |
| 10. | Klauzula dodatkowa podwyższająca wartość świadczenia poważnego zachorowania w przypadku zdiagnozowania nowotworu złośliwego o 30% |  |  |
| 11. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o wypłatę świadczenia szpitalnego od 2-go dnia pobytu |  |  |
| 12. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o wypłatę świadczenia szpitalnego od 1-go dnia pobytu |  |  |

*UWAGA. W przypadku nie wypełnienia w formularzu sformułowania TAK albo NIE domyślnym wyrażeniem pozostanie NIE.*

* + 1. Oferujemy następujące wysokości świadczeń (świadczenia w PLN):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **ŚWIADCZENIA** | **Wymagana wysokość świadczenia** | **Oferowana wysokość świadczenia przez Wykonawcę** |
| 1 | Śmierć Ubezpieczonego | 60 000 |  |
| 2 | Śmierć Ubezpieczonego z tytułu nieszczęśliwego wypadku | 120 000 |  |
| 3 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego | 75 000 |  |
| 4 | Śmierć Ubezpieczonego z tytułu wypadku przy pracy | 150 000 |  |
| 5 | Śmierć Ubezpieczonego z tytułu wypadku komunikacyjnego | 150 000 |  |
| 6 | Śmierć Ubezpieczonego z tytułu wypadku komunikacyjnego przy pracy | 185 000 |  |
| 7 | Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego za 1% uszczerbku | 480 |  |
| 8 | Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie NW za 1% uszczerbku | 600 |  |
| 9 | Śmierć współmałżonka/partnera życiowego | 9 000 |  |
| 10 | Śmierć współmałżonka/partnera życiowego z tytułu NW | 18 000 |  |
| 11 | Śmierć dziecka | 3 000 |  |
| 12 | Śmierć rodziców / teściów | 2 200 |  |
| 13 | Urodzenie martwego dziecka | 3 000 |  |
| 14 | Osierocenie dziecka | 3 500 |  |
| 15 | Urodzenie się dziecka | 1 600 |  |
| 16 | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | 5 000 |  |
| 17 | Trwała niezdolność do pracy | 20 000 |  |
| 18 | Operacje chirurgiczne | 3 000 |  |

**Dzienne Świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu do 14 dni**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 19 | Leczenie w szpitalu w związku z chorobą | 55 |  |
| 20 | Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym | 125 |  |
| 21 | Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem | 125 |  |
| 22 | Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym | 150 |  |
| 23 | Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem przy pracy | 150 |  |
| 24 | Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym przy pracy | 170 |  |

**Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 25 | Leczenie w szpitalu w związku z chorobą | 55 |  |
| 26 | Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym | 55 |  |
| 27 | Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem | 55 |  |
| 28 | Karta apteczna | 200 |  |
| 29 | Rekonwalescencja | 25 |  |
| 30 | Pobyt na OIOM/OIT | 500 |  |
| 31 | Pobyt na OIOM/OIT – COVID 19 - respirator | 1 000 |  |

*UWAGA. W kolumnie „Oferowana wysokość świadczenia przez wykonawcę” w wierszu dotyczącym danego świadczenia proszę wpisać wartość proponowanej wysokości świadczenia. Brak wpisanej wartości świadczenia oznacza zaakceptowanie wymaganej wysokości świadczenia.*

*Zaproponowanie obniżonej wysokości świadczeń powyżej dopuszczonych przez zamawiającego 5 % skutkować będzie odrzuceniem oferty.*

* 1. **Wariant III**
     1. Akceptujemy następujące klauzule dodatkowe i inne postanowienia szczególne preferowane:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr. klauzuli** | **Numer i nazwa klauzuli rozszerzającej zakres ochrony** | **TAK / NIE** | **Wysokość świadczenia dla obliczenia punktów zgodnie z zapisem w pkt 2** |
| 1. | Klauzula dodatkowa obniżenia karencji |  |  |
| 2. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca poważne zachorowania Ubezpieczonego |  |  |
| 3. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o poważne zachorowania współmałżonka/ partnera życiowego |  |  |
| 4. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o poważne zachorowania dziecka |  |  |
| 5. | Klauzula dodatkowa maksymalnego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu |  |  |
| 6. | Klauzula dodatkowa Assistance |  |  |
| 7. | Klauzula dodatkowa podwyższająca wartość świadczenia z karty aptecznej z 200 zł na 300 zł. |  |  |
| 8. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o możliwość przystąpienia partnerów życiowych |  |  |
| 9. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o leczenie specjalistyczne |  |  |
| 10. | Klauzula dodatkowa podwyższająca wartość świadczenia poważnego zachorowania w przypadku zdiagnozowania nowotworu złośliwego o 30% |  |  |
| 11. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o wypłatę świadczenia szpitalnego od 2-go dnia pobytu |  |  |
| 12. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o wypłatę świadczenia szpitalnego od 1-go dnia pobytu |  |  |

*UWAGA. W przypadku nie wypełnienia w formularzu sformułowania TAK albo NIE domyślnym wyrażeniem pozostanie NIE.*

* + 1. Oferujemy następujące wysokości świadczeń (świadczenia w PLN):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **ŚWIADCZENIA** | **Wymagana wysokość świadczenia** | **Oferowana wysokość świadczenia przez wykonawcę** |
| 1 | Śmierć Ubezpieczonego | 70 000 |  |
| 2 | Śmierć Ubezpieczonego z tytułu nieszczęśliwego wypadku | 140 000 |  |
| 3 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego | 87 500 |  |
| 4 | Śmierć Ubezpieczonego z tytułu wypadku przy pracy | 175 000 |  |
| 5 | Śmierć Ubezpieczonego z tytułu wypadku komunikacyjnego | 175 000 |  |
| 6 | Śmierć Ubezpieczonego z tytułu wypadku komunikacyjnego przy pracy | 210 000 |  |
| 7 | Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego za 1% uszczerbku | 560 |  |
| 8 | Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie NW za 1% uszczerbku | 700 |  |
| 9 | Śmierć współmałżonka/partnera życiowego | 11 000 |  |
| 10 | Śmierć współmałżonka/partnera życiowego z tytułu NW | 22 000 |  |
| 11 | Śmierć dziecka | 3 500 |  |
| 12 | Śmierć rodziców / teściów | 2 400 |  |
| 13 | Urodzenie martwego dziecka | 3 500 |  |
| 14 | Osierocenie dziecka | 4 000 |  |
| 15 | Urodzenie się dziecka | 1 800 |  |
| 16 | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | 6 000 |  |
| 17 | Trwała niezdolność do pracy | 25 000 |  |
| 18 | Operacje chirurgiczne | 3 500 |  |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu do 14 dni** | | |
| 19 | Leczenie w szpitalu w związku z chorobą | 60 |  |
| 20 | Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym | 140 |  |
| 21 | Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem | 140 |  |
| 22 | Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym | 180 |  |
| 23 | Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem przy pracy | 180 |  |
| 24 | Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym w pracy | 200 |  |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni** | | |
| 25 | Leczenie w szpitalu w związku z chorobą | 60 |  |
| 26 | Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym | 60 |  |
| 27 | Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem | 60 |  |
| 28 | Karta apteczna | 200 |  |
| 29 | Rekonwalescencja | 30 |  |
| 30 | Pobyt na OIOM/OIT | 600 |  |
| 31 | Pobyt na OIOM/OIT – Covid 19 -respirator | 1 200 |  |

*UWAGA. W kolumnie „Oferowana wysokość świadczenia przez wykonawcę” w wierszu dotyczącym danego świadczenia proszę wpisać wartość proponowanej wysokości świadczenia. Brak wpisanej wartości świadczenia oznacza zaakceptowanie wymaganej wysokości świadczenia.*

*Zaproponowanie obniżonej wysokości świadczeń powyżej dopuszczonych przez zamawiającego 5 % skutkować będzie odrzuceniem oferty.*

* 1. **Wariant IV**
     1. Akceptujemy następujące klauzule dodatkowe i inne postanowienia szczególne preferowane:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr. klauzuli** | **Numer i nazwa klauzuli rozszerzającej zakres ochrony** | **TAK / NIE** | **Wysokość świadczenia dla obliczenia punktów zgodnie z zapisem w pkt 2** |
| 1. | Klauzula dodatkowa obniżenia karencji |  |  |
| 2. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca poważne zachorowania Ubezpieczonego |  |  |
| 3. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o poważne zachorowania współmałżonka/partnera życiowego |  |  |
| 4. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o poważne zachorowanie dziecka |  |  |
| 5. | Klauzula dodatkowa maksymalnego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu |  |  |
| 6. | Klauzula dodatkowa Assistance |  |  |
| 7. | Klauzula dodatkowa podwyższająca wartość świadczenia z karty aptecznej z 200 zł na 300 zł. |  |  |
| 8. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o możliwość przystąpienia partnerów życiowych |  |  |
| 9. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o leczenie specjalistyczne |  |  |
| 10. | Klauzula dodatkowa podwyższająca wartość świadczenia poważnego zachorowania w przypadku zdiagnozowania nowotworu złośliwego o 30% |  |  |
| 11. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o wypłatę świadczenia szpitalnego od 2-go dnia pobytu |  |  |
| 12. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o wypłatę świadczenia szpitalnego od 1-go dnia pobytu |  |  |

*UWAGA. W przypadku nie wypełnienia w formularzu sformułowania TAK albo NIE domyślnym wyrażeniem pozostanie NIE.*

* + 1. Oferujemy następujące wysokości świadczeń (świadczenia w PLN):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **ŚWIADCZENIA** | **Wymagana wysokość świadczenia** | **Oferowana wysokość świadczenia przez wykonawcę** |
| 1 | Śmierć Ubezpieczonego | 80 000 |  |
| 2 | Śmierć Ubezpieczonego z tytułu nieszczęśliwego wypadku | 160 000 |  |
| 3 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego | 100 000 |  |
| 4 | Śmierć Ubezpieczonego z tytułu wypadku przy pracy | 200 000 |  |
| 5 | Śmierć Ubezpieczonego z tytułu wypadku komunikacyjnego | 200 000 |  |
| 6 | Śmierć Ubezpieczonego z tytułu wypadku komunikacyjnego przy pracy | 240 000 |  |
| 7 | Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego za 1% uszczerbku | 640 |  |
| 8 | Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie NW za 1% uszczerbku | 800 |  |
| 9 | Śmierć współmałżonka/ partnera życiowego | 13 000 |  |
| 10 | Śmierć współmałżonka/ partnera życiowego z tytułu NW | 26 000 |  |
| 11 | Śmierć dziecka | 4 000 |  |
| 12 | Śmierć rodziców / teściów | 2 600 |  |
| 13 | Urodzenie martwego dziecka | 4 000 |  |
| 14 | Osierocenie dziecka | 4 500 |  |
| 15 | Urodzenie się dziecka | 2 000 |  |
| 16 | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | 7 000 |  |
| 17 | Trwała niezdolność do pracy | 30 000 |  |
| 18 | Operacje chirurgiczne | 4 000 |  |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu do 14 dni** | | |
| 19 | Leczenie w szpitalu w związku z chorobą | 65 |  |
| 20 | Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym | 155 |  |
| 21 | Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem | 155 |  |
| 22 | Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym | 200 |  |
| 23 | Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem przy pracy | 200 |  |
| 24 | Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym w pracy | 220 |  |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni** | | |
| 25 | Leczenie w szpitalu w związku z chorobą | 65 |  |
| 26 | Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym | 65 |  |
| 27 | Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem | 65 |  |
| 28 | Karta apteczna | 200 |  |
| 29 | Rekonwalescencja | 35 |  |
| 30 | Pobyt na OIOM/OIT | 700 |  |
| 31 | Pobyt na OIOM/OIT – COVID 19 - respirator | 1 400 |  |

*UWAGA. W kolumnie „Oferowana wysokość świadczenia przez wykonawcę” w wierszu dotyczącym danego świadczenia proszę wpisać wartość proponowanej wysokości świadczenia. Brak wpisanej wartości świadczenia oznacza zaakceptowanie wymaganej wysokości świadczenia.*

*Zaproponowanie obniżonej wysokości świadczeń powyżej dopuszczonych przez zamawiającego 5 % skutkować będzie odrzuceniem oferty.*

1. W klauzulach nr 3, 4 oraz 9 należy wpisać wysokość świadczenia.

Liczba przyznanych punktów uzależniona będzie od zaproponowanej wysokości świadczenia zgodnie z poniższym:

***Wysokość świadczenia***  ***Klauzula 3 Klauzula 4 Klauzula 9***

***Liczba punktów Liczba punktów Liczba punktów***

***100% PZ 10 pkt 10 pkt 10 pkt***

***50-99% PZ 5 pkt 5 pkt 5 pkt***

Gdzie:

- 100% PZ – 100% wysokości świadczenia zachorowania Ubezpieczonego wskazana w pkt. 4 Opisu Przedmiotu Zamówienia dla każdego wariantu

- 50-99% PZ – 50-99% wysokości świadczenia zachorowania Ubezpieczonego wskazana w pkt. 4 Opisu Przedmiotu Zamówienia dla każdego wariantu

1. Oświadczam/y, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i akceptujemy wszystkie warunki w niej zawarte.
2. Zobowiązuje/my się do wykonania zamówienia w terminie określony w SWZ.
3. Oświadczam/y, że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.
4. Oświadczam/y, że jesteśmy związani niniejszą ofertą na okres wskazany w SWZ.
5. Oświadczam/y, że dołączony do Specyfikacji Warunków Zamówienia projekt umowy został przez nas zaakceptowany i w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy zgodnie z niniejszą ofertą, na warunkach w niej określonych.
6. Oświadczam/y, że wypełniłem/liśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem/liśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.[[1]](#footnote-1)
7. Wyrażam/y zgodę na przyjęcie wszystkich warunków wymaganych przez zamawiającego dla poszczególnych ryzyk ubezpieczeniowych w SWZ.
8. **Tajemnica przedsiębiorstwa\*\***

Oświadczam/y, że za wyjątkiem następujących informacji i dokumentów …………………………….. wydzielonych oraz zawartych w pliku o nazwie ………………………………………, niniejsza oferta oraz wszelkie załączniki do niej są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.

Powyższe informacje i dokumenty zostały zastrzeżone jako tajemnica przedsiębiorstwa z uwagi na

…………………………………………………………………………………………………………………………..

*(należy wykazać, że zastrzeżone informacje i dokumenty stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa)*

1. Oświadczam/y, że jestem/śmy:

mikroprzedsiębiorstwem - tak □ nie □

Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR

małym przedsiębiorstwem - tak □ nie □

Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

średnim przedsiębiorstwem - tak □ nie □

Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR *lub* roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR

Jednoosobową działalnością gospodarczą - tak □ nie □

Osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej - tak □ nie □

**Innym rodzajem\*** **…………………………………….**

*Powyższa informacja ma wyłącznie charakter informacyjny i służy dla celów statystycznych.*

1. Wykonawca powołuje się na zasoby podmiotu trzeciego**1** : tak □ nie □

……………………………………………………………………………………………………………………………

*(wypełnić jeśli dotyczy - podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

**1** *jeżeli wykonawca powołuje się na zasoby podmiotu trzeciego należy wraz z ofertą przedłożyć oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby, potwierdzające brak podstaw wykluczenia tego podmiotu oraz odpowiednio spełnianie warunków udziału w postępowaniu lub kryteriów selekcji, w zakresie, w jakim wykonawca powołuje się na jego zasoby, stosownie do treści art. 125 ust.5 ustawy Pzp.*

1. Wyrażam/y zgodę na pobranie z ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych dokumentów, wymaganych zgodnie z §13 Rozporządzenia Ministra Rozwoju, Pracy i Technologii z dnia 23 grudnia 2020r. w sprawie podmiotowych środków dowodowych oraz innych dokumentów lub oświadczeń, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy,tym samym **wskazuję/my iż niniejsze dokumenty można pobrać pod adresem……………………………………………………………….**
2. Wraz z ofertą składamy następujące oświadczenia i dokumenty:

1. ………………………………………………..

2. ………………………………………………..

3…………………………………………………

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

*podpis kwalifikowany, zaufany lub osobisty*

*osoby reprezentującej wykonawcę)*

***\* - niepotrzebne skreślić***

***\*\* - wypełnić jeśli dotyczy***

**Załącznik nr 2A do SWZ**

……………………………………….……

……………………………………….……

pełna nazwa i dokładny adres wykonawcy

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „***Usługa grupowego ubezpieczenia na życie pracowników Akademii Wychowania Fizycznego im. Eugeniusz Piaseckiego w Poznaniu oraz ich współmałżonków, partnerów życiowych i pełnoletnich dzieci”* o nr RSZP-2003-05/21/ZP,** oświadczam, że:

**spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w Części VI SWZ**

………………………………………………. …………………………………

*Miejscowość i data (podpis kwalifikowany, zaufany lub osobisty*

*osoby reprezentującej wykonawcę)*

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:**

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w ogłoszeniu o zamówieniu oraz SWZ polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:*\*)* …………………………………………………………………….……………….…………….

w następującym zakresie: *\*)* ……………………………………………………………………………………………..…………………

*(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

………………………………………………. ……………………………………………….

*Miejscowość i data (podpis kwalifikowany, zaufany lub osobisty*

*osoby reprezentującej wykonawcę)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam również, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

………………………………………………. ……………………………………………….

*Miejscowość i data (podpis kwalifikowany, zaufany lub osobisty*

*osoby reprezentującej wykonawcę)*

***\*Niniejsze oświadczenie stanowi wstępne potwierdzenie, że wykonawca spełnia warunki udziału w postępowaniu i składane jest wraz z ofertą***

**Załącznik nr 2B do SWZ**

……………………………………….……

……………………………………….……

pełna nazwa i dokładny adres wykonawcy

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn***. „Usługa grupowego ubezpieczenia na życie pracowników Akademii Wychowania Fizycznego im. Eugeniusz Piaseckiego w Poznaniu oraz ich współmałżonków, partnerów życiowych i pełnoletnich dzieci”* o nr RSZP-2003-05/21/ZP**

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że na dzień składania ofert nie podlegam wykluczeniu z postępowania jako wykonawca, w stosunku do którego zachodzi którakolwiek z okoliczności wskazanych:

1) w art. 108 ust. 1 ustawy Pzp;

2) w art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp,

………………………………………………. ……………………………………………………….

*Miejscowość i data (podpis kwalifikowany, zaufany lub osobisty*

*osoby reprezentującej wykonawcę*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………….…. ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1-6, lub art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

……………………………………………………..

………………………………………………. ……………………………………………….

*Miejscowość i data (podpis kwalifikowany, zaufany lub osobisty*

*osoby reprezentującej wykonawcę)*

\*(**wypełnić, jeśli dotyczy**)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA\*:**

*[UWAGA: zastosować tylko wtedy, gdy zamawiający przewidział możliwość, o której mowa w art. 462 ust. 5 ustawy Pzp]*

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, będący/e podwykonawcą/ami: ………………..………………………………… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*, nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

………………………………….. ……………………………………………….

*Miejscowość i data (podpis kwalifikowany, zaufany lub osobisty*

*osoby reprezentującej wykonawcę)*

\*(**wypełnić, jeśli dotyczy**)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

………………………………………………. ………………………………

*Miejscowość i data (podpis kwalifikowany, zaufany lub osobisty*

*osoby reprezentującej wykonawcę)*

***\*Niniejsze oświadczenie stanowi wstępne potwierdzenie, że wykonawca nie podlega wykluczeniu i składane jest wraz z ofertą***

**Załącznik nr 5 do SWZ**

**Wykaz wykonanych usług**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa wykonawcy | |  | | | | |
| Adres wykonawcy | |  | | | | |
| WYKAZ USŁUG W ZAKRESIE NIEZBĘDNYM DO WYKAZANIA SPEŁNIENIA WARUNKU OKREŚLONEGO W CZĘŚCI VII ust. 2 pkt. 2.1 ppkt 1 b) SWZ | | | | | | |
| Lp. | Przedmiot usługi | | Całkowita wartość brutto | Data wykonania usługi (od – do) | Podmiot na rzecz którego usługa była wykonywana | Uwagi |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |

Dowodami mogą być referencje bądź inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego usługi zostały wykonane, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych są wykonywane, a jeżeli wykonawca z przyczyn niezależnych od niego nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – oświadczenie wykonawcy; w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych nadal wykonywanych referencje bądź inne dokumenty potwierdzające ich należyte wykonanie powinny być wystawione w okresie ostatnich 3 miesięcy.

………………………………………………. ………………………………

*Miejscowość i data (podpis kwalifikowany, zaufany lub osobisty*

*osoby reprezentującej wykonawcę)*

**Załącznik 6 SWZ**

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

(Nazwa i adres wykonawcy) (Miejscowość, data)

**OŚWIADCZENIE**

W związku z ubieganiem się o udzielenie zamówienia publicznego pod nazwą:

***„Usługa grupowego ubezpieczenia na życie pracowników Akademii Wychowania Fizycznego im. Eugeniusz Piaseckiego w Poznaniu oraz ich współmałżonków, partnerów życiowych i pełnoletnich dzieci”.* o nr RSZP-2003-05/21/ZP**

**Oświadczam/y, że:**

**Nie należymy do grupy kapitałowej,** w rozumieniu ustawy z dnia 16.02.2007r. o ochronie konkurencji   
i konsumentów (Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 ze zm.) wraz z wykonawcami, którzy złożyli ofertę w przedmiotowym postępowaniu.**\*\***

**Należymy do grupy kapitałowej,** w rozumieniu ustawy z dnia 16.02.2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 ze zm.). W załączeniu składamy listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej wraz z następującymi wykonawcami, którzy złożyli ofertę w przedmiotowym postępowaniu.**\*\***

Lista podmiotów należących do grupy kapitałowej:

1. ………………………………………………………

2. ………………………………………………………

3. ………………………………………………………

……………………………………………….

(podpis kwalifikowany, zaufany lub osobisty

osoby reprezentującej wykonawcę)

*W przypadku przynależności do tej samej grupy kapitałowej wykonawca może złożyć wraz z niniejszym oświadczeniem dokumenty bądź informacje potwierdzające, ze powiązania z innym wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w przedmiotowym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego.*

\*W przypadku podmiotów występujących wspólnie (np. konsorcjum, spółka cywilna) oświadczenie powinien złożyć **każdy podmiot (uczestnik konsorcjum, wspólnik spółki cywilnej)**

\*\*Niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 7 do SWZ**

……………………………………….……

……………………………………….……

pełna nazwa i dokładny adres wykonawcy

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**O AKTUALNOŚCI INFORMACJI ZAWARTYCH W OŚWIADCZENIU, O KTÓRYM MOWA W ART. 125 UST. 1 USTAWY PZP W ZAKRESIE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA****\***

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. ***„Usługa grupowego ubezpieczenia na życie pracowników Akademii Wychowania Fizycznego im. Eugeniusz Piaseckiego w Poznaniu oraz ich współmałżonków, partnerów życiowych*** **i pełnoletnich dzieci”** **o nr RSZP-2003-05/21/ZP**, oświadczam, że wszystkie informacje zawarte w złożonym przeze mnie oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy Pzp w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania wskazanych przez zamawiającego, o których mowa w art. 108 ust. 1 ustawy **są aktualne na dzień złożenia niniejszego oświadczenia.**

………………………………………………. ……………………………………………….

*Miejscowość i data (podpis kwalifikowany, zaufany lub osobisty*

*osoby reprezentującej wykonawcę)*

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). [↑](#footnote-ref-1)