Załącznik nr 4 do SWZ. FORMULARZ OFERTY

|  |
| --- |
| **OFERTA** |

**Zamawiający:**

**Ministerstwo Sprawiedliwości
Al. Ujazdowskie 11
00-567 Warszawa**

**Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym na:**

**USŁUGĘ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE DLA PRACOWNIKÓW MINISTERSTWA SPRAWIEDLIWOŚCI I CZŁONKÓW ICH RODZIN**

Znak sprawy: PK/2022-1/MW

działając w imieniu i na rzecz

 *(nazwa (firma) dokładny adres Wykonawcy/Wykonawców)*

*(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy (firmy) i dokładne adresy wszystkich członków konsorcjum)*

1. **SKŁADAMY OFERTĘ** na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z treścią SWZ.
2. **OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się ze SWZ i uznajemy się za związanych określonymi w nich postanowieniami i zasadami postępowania.
3. **OFERUJEMY:**
	1. **Wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:**

Zakres I: miesięczna składka za 1 osobę ………zł, słownie złotych ……..……………………………………………

Zakres II: miesięczna składka za 1 osobę ………zł, słownie złotych …………………...……………………………

Zakres III: miesięczna składka za 1 osobę ………zł, słownie złotych …………………...……………………..……

*UWAGA: Oferowana wysokość składki nie może być wyższa, niż składka maksymalna określona w OPZ - Załączniku nr 1 do SWZ*

* + 1. **Oferujemy następujące wysokości świadczeń:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj zdarzenia** | **Zakres I** | **Zakres II** | **Zakres III**  |
| Śmierć z dowolnej przyczyny |  |  |  |
| Śmierć w następstwie NW |  |  |  |
| Śmierć w następstwie NW przy pracy |  |  |  |
| Śmierć w następstwie NW komunikacyjnego |  |  |  |
| Śmierć w następstwie NW komunikacyjnego przy pracy |  |  |  |
| Śmierć w następstwie zawału serca lub udaru mózgu |  |  |  |
| Osierocenie dziecka  |  |  |  |
| Śmierć małżonka/partnera |  |  |  |
| Śmierć małżonka/partnera w następstwie NW |  |  |  |
| Śmierć małżonka/partnera w następstwie NW komunikacyjnego |  |  |  |
| Śmierć dziecka  |  |  |  |
| Śmierć dziecka w następstwie NW |  |  |  |
| Śmierć dziecka w następstwie NW komunikacyjnego |  |  |  |
| Śmierć rodziców ubezpieczonego lub rodziców małżonka/partnera |  |  |  |
| Śmierć rodziców ubezpieczonego lub rodziców małżonka/partnera w następstwie NW |  |  |  |
| Urodzenie dziecka |  |  |  |
| Urodzenie martwego dziecka |  |  |  |
| Poważne zachorowanie dziecka  |  |  |  |
| Pobyt w szpitalu dziecka  |  |  |  |
| Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie NW – świadczenie za 1% uszczerbku |  |  |  |
| Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu – świadczenie za 1% uszczerbku |  |  |  |
| Poważne zachorowanie ubezpieczonego  |  |  |  |
| Operacja chirurgiczna – świadczenie za najcięższą operację |  |  |  |
| Trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji |  |  |  |
| Pobyt w szpitalu w następstwie choroby  |  |  |  |
| Pobyt w szpitalu w następstwie NW  |  |  |  |
| Pobyt w szpitalu w następstwie NW komunikacyjnego – do 14 dnia/od 15 dnia |  |  |  |
| Pobyt w szpitalu w następstwie NW przy pracy – do 14 dnia/od 15 dnia |  |  |  |
| Pobyt w szpitalu w następstwie NW komunikacyjnego przy pracy – do 14 dnia/od 15 dnia |  |  |  |
| Pobyt w szpitalu w następstwie tek zawału serca lub udaru mózgu – do 14 dnia/od 15 dnia |  |  |  |
| Pobyt na OIOM – jednorazowo |  |  |  |
| Ryczałt na leki – do 3 razy w roku |  |  |  |
| Leczenie specjalistyczne |  |  |  |

*UWAGA: Tam gdzie ma to zastosowanie (np. śmierć w następstwie NW) proszę podać skumulowaną wysokość wypłacanego świadczenia.*

*UWAGA: Oferowana wysokość żadnego świadczenia nie może być niższa, niż minimalna wymagana, podana w tabeli z Załącznika nr 1A do SWZ.*

* + 1. **Oferujemy następujące warunki gwarantowanej dożywotnio indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia:**

| **Rodzaj zdarzenia** | **Oferowana wysokość świadczeń (w zł)** |
| --- | --- |
| **Zakres I** | **Zakres II** | **Zakres II** |
| Śmierć ubezpieczonego |  |  |  |
| Śmierć ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku |  |  |  |
| Trwały uszczerbek ubezpieczonego na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, świadczenie wypłacane za 1% uszczerbku |  |  |  |
| Miesięczna wysokość składki *Uwaga: Maksymalna wysokość składki nie może być wyższa niż w ubezpieczeniu grupowym*  | …..,….zł | …..,….zł | …..,….zł |

* + 1. **Oferujemy następujące fakultatywne rozszerzenia:**

| **Rozszerzenie zakresu** | **Warunki rozszerzenia** |
| --- | --- |
| Dodatkowe poważne zachorowania ubezpieczonego *(wykaz prosimy umieścić w punkcie 3.1.3.1. formularza oferty)*  | [ ]  TAK | [ ]  NIE |
| Maksymalna długość okresu pobytu w szpitalu, za który wypłacane jest świadczenie | …………………dni |
| Dodatkowe poważne zachorowania dziecka ubezpieczonego *(wykaz prosimy umieścić w punkcie 3.1.3.2. formularza oferty)* | [ ]  TAK | [ ]  NIE |
| Skrócenie wymaganego minimalnego okresu pobytu ubezpieczonego w szpitalu z powodu choroby, niezbędnego do uruchomienia wypłaty świadczenia | TAK | [ ]  Do 2 dni [ ]  Do 1 dnia  | [ ]  NIE |
| Skrócenie wymaganego minimalnego okresu pobytu dziecka ubezpieczonego w szpitalu z powodu choroby, niezbędnego do uruchomienia wypłaty świadczenia | TAK | [ ]  Do 3 dni[ ]  Do 2 dni [ ]  Do 1 dnia  | [ ]  NIE |
| Skrócenie wymaganego minimalnego okresu pobytu dziecka ubezpieczonego w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku, niezbędnego do uruchomienia wypłaty świadczenia | TAK | [ ]  Do 3 dni[ ]  Do 2 dni [ ]  Do 1 dnia  | [ ]  NIE |
| Wypłata podwyższonego świadczenia za pobyt w szpitalu z tytułu nieszczęśliwego wypadku powyżej 14 dni - przez cały okres pobytu w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem  |  | [ ]  TAK | [ ]  NIE |
| Wypłata świadczenia równego wysokości świadczenia wypłacanego za najlżejszą operację w przypadku przeprowadzenia operacji chirurgicznej nie ujętej w zamkniętym katalogu Wykonawcy |  | [ ]  TAK | [ ]  NIE |
| Maksymalny akceptowany wiek przystąpienia do ubezpieczenia dotychczas nieubezpieczonego małżonka lub partnera życiowego pracownika (wyższy niż 65 r.ż.) | TAK | [ ]  Do 69 lat[ ]  Do 75 lat | [ ]  NIE |
| Prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia przez 12 miesięcy na warunkach ubezpieczenia grupowego.  | [ ]  TAK | [ ]  NIE |
| Wypłata świadczenia z tytułu rozpoznania u Ubezpieczonego choroby śmiertelnej | [ ]  TAK | [ ]  NIE |
| Wypłata świadczenia z tytułu śmierci dziecka bez względu na jego wiek. | [ ]  TAK | [ ]  NIE |
| Pakiet obejmujący zachorowanie na choroby nowotworowe*(szczegóły pakietu prosimy umieścić w punkcie 3.1.3.3. formularza oferty)* | [ ]  TAK | [ ]  NIE |
| Pakiet obejmujący zachorowanie na choroby układu krążenia*(szczegóły pakietu prosimy umieścić w punkcie 3.1.3.3. formularza oferty)* | [ ]  TAK | [ ]  NIE |
| Pakiet dla dziecka obejmujący uszczerbek w wyniku NW*(szczegóły pakietu prosimy umieścić w punkcie 3.1.3.3. formularza oferty)* | [ ]  TAK | [ ]  NIE |

* + - 1. Wykaz dodatkowo oferowanych poważnych zachorowań ubezpieczonego
1. ……………
2. ……………
3. ………………
	* + 1. Wykaz dodatkowo oferowanych poważnych zachorowań dziecka ubezpieczonego
4. ……………
5. ……………
6. ………………
	* + 1. Opis dodatkowo zaoferowanych pakietów
		1. **Pozostałe warunki oferty**

Akceptowany przez nas poziom partycypacji do obowiązywania oferty wynosi: ……………… osób

*Uwaga: Akceptowany poziom partycypacji nie może być wyższy od określonego w Załączniku nr 1 do SIWZ tj. 340 pracowników*.

1. **ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ** do wykonania zamówienia w terminie określonym w SWZ**.**
2. **AKCEPTUJEMY** warunki płatności określone w SWZ**.**
3. **JESTEŚMY** związani ofertą przez okres wskazany w SWZ**.**
4. **OŚWIADCZAMY**, iż oferowana usługa jest zwolniona z VAT/ jest objęta VAT w wysokości ……… zgodnie z ………………………...
5. **OŚWIADCZAMY**, że zamówienie wykonamy sami/z udziałem następujących podwykonawców *(prosimy wskazać nazwy i adresy* podwykonawców) ………………………………….…………..……., którzy wykonywać będą następujące części zamówienia: ..........................................................................
6. **OŚWIADCZAMY**, iż za wyjątkiem informacji i dokumentów zawartych w ofercie, oraz w dokumentach złożonych wraz z ofertą, na stronach …….…. niniejsza oferta oraz wszelkie załączniki do niej są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
7. **OŚWIADCZAMY**, że zapoznaliśmy się i akceptujemy projektowane postanowienia umowy określone w SWZ i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnie z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w SWZ, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego
8. **OŚWIADCZAMY**, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
9. **OŚWIADCZAMY**, że Wykonawca którego reprezentujemy jest:

[ ]  mikro przedsiębiorcą *(mikroprzedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR)*

[ ]  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 przedsiębiorcą

1. **WSZELKĄ KORESPONDENCJĘ** w sprawie postępowania należy kierować na poniższy adres:
	* 1. imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………..………..………………
		2. adres:…………………………………………………………………………………….………………………………….
		3. tel……………..…………..  e-mail: ………………………..………………………..
2. **ZAŁĄCZNIKAMI** do oferty stanowiącymi jej integralną część są**:**
3. ………………
4. ……………..
5. ……………..

*………………………………………………………………*

*(podpis Wykonawcy)*