**FORMULARZ OFERTY - CZĘŚĆ I**

Ja/my\* niżej podpisani:

…………………………………………………………………………………………………

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

działając w imieniu i na rzecz:

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

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

(pełna nazwa Wykonawcy/Wykonawców w przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia)

Adres: ……………………………………

Województwo: ……………………….

Kraj …………………………………………..

REGON …….………………………………..

NIP: ……………………………………………

adres e-mail:……………………………………

(na które Zamawiający ma przesyłać korespondencję)

Wykonawca jest: mikroprzedsiębiorstwem, małym przedsiębiorcą, średnim przedsiębiorcą, prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą, jest osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej\* - niepotrzebne skreślić

Ubiegając się o udzielenie zamówienia publicznego na:

**Grupowe ubezpieczenie na życie oraz ubezpieczenie zdrowotne pracowników Uniwersytetu Przyrodniczego w Poznaniu**

**(oznaczenie sprawy: AZ.262.2650.2024)**

SKŁADAMY OFERTĘ na realizację przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w Specyfikacji Warunków Zamówienia, na następujących warunkach:

**CZĘŚĆ I – Grupowe ubezpieczenie na życie**

1. **Wariant I**
	1. Oferujemy wykonanie usług objętych zamówieniem, zgodnie z wymogami zawartymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia, za cenę łączną:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Składka miesięczna łącznie za 1 osobę:
 |  |
| 1. Łączna cena oferty (składka miesięczna za 1 osobę x 24 miesiące x szacowana liczba osób – 165
 |  |

*UWAGA. Do oceny kryterium będzie brana pod uwagę łączna cena oferty sporządzona w oparciu o przedstawioną składkę miesięczną. Podane wartości służą jedynie dokonaniu wyboru najkorzystniejszej oferty – rzeczywista wartość może ulec zmianie i zależy od liczby ubezpieczonych.*

**Cena Wariantu I:**…………………………………………………………………….

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **ŚWIADCZENIA** | **Wymagana minimalna wysokość świadczenia** | **Oferowana wysokość świadczenia przez Wykonawcę** |
| 1 | **Śmierć Ubezpieczonego** | 50 000 |  |
| 2 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** | 87 500 |  |
| 3 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego** | 75 000 |  |
| 4 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy** | 135 000 |  |
| 5 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego** | 135 000 |  |
| 6 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy** | 175 000 |  |
| 7 | **Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego za 1% uszczerbku** | 500 |  |
| 8 | **Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie NW za 1% uszczerbku** | 400 |  |
| 9 | **Śmierć Współmałżonka** | 15 000 |  |
| 10 | **Śmierć Współmałżonka w następstwie NW** | 35 000 |  |
| 11 | **Śmierć dziecka** | 4 000 |  |
| 12 | **Śmierć dziecka w następstwie NW** | 8 000 |  |
| 13 | **Śmierć rodziców / teściów** | 1 800 |  |
| 14 | **Śmierć rodziców / teściów w następstwie NW** | 4 000 |  |
| 15 | **Urodzenie się dziecka** | 1 300 |  |
| 16 | **Urodzenie martwego dziecka** | 2 600 |  |
| 17 | **Osierocenie dziecka** | 8 000 |  |
| 18 | **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego** | 5 000 |  |
| 19 | **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego na nowotwór złośliwy (świadczenie skumulowane z poważnym zachorowaniem Ubezpieczonego)** | 7 500 |  |
| 20 | **Leczenie specjalistyczne** | 3 000 |  |
| 21 | **Operacje chirurgiczne** | 4 800 |  |
| 22 | **Trwała niezdolność do pracy** | 20 000 |  |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu do 14 dni** |
| 23 | **Leczenie w szpitalu w związku z chorobą** | 60 |  |
| 24 | **Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym** | 160 |  |
| 25 | **Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem** | 200 |  |
| 26 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym** | 280 |  |
| 27 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem przy pracy** | 280 |  |
| 28 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym w pracy** | 320 |  |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni** |
| 29 | **Leczenie w szpitalu w związku z chorobą** | 60 |  |
| 30 | **Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym** | 60 |  |
| 31 | **Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem** | 150 |  |
| 32 | **Świadczenie apteczne** | 30 |  |
| 33 | **Rekonwalescencja** | 600 |  |

*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 wartości minimalnej. Wpisanie wartości niższej niż wymagana minimalna wysokość świadczenia w danej pozycji będzie oznaczało niezaakceptowanie warunku wymaganego, a tym samym oferta będzie podlegała odrzuceniu.*

1. **Wariant II**
	1. Oferujemy wykonanie usług objętych zamówieniem, zgodnie z wymogami zawartymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia, za cenę łączną:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Składka miesięczna łącznie za 1 osobę:
 |  |
| 1. Łączna cena oferty (składka miesięczna za 1 osobę x 24 miesiące x szacowana liczba osób – 370
 |  |

*UWAGA. Do oceny kryterium będzie brana pod uwagę łączna cena oferty sporządzona w oparciu o przedstawioną składkę miesięczną. Podane wartości służą jedynie dokonaniu wyboru najkorzystniejszej oferty – rzeczywista wartość może ulec zmianie i zależy od liczby ubezpieczonych.*

**Cena Wariantu II:** …………………………………………………………….

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **ŚWIADCZENIA** | **Wymagana minimalna wysokość świadczenia** | **Oferowana wysokość świadczenia przez Wykonawcę** |
| 1 | **Śmierć Ubezpieczonego** | 65 000 |  |
| 2 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** | 113 750 |  |
| 3 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego** | 100 000 |  |
| 4 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy** | 175 000 |  |
| 5 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego** | 175 000 |  |
| 6 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy** | 240 000 |  |
| 7 | **Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego za 1% uszczerbku** | 600 |  |
| 8 | **Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie NW za 1% uszczerbku** | 500 |  |
| 9 | **Śmierć Współmałżonka** | 17 000 |  |
| 10 | **Śmierć Współmałżonka w następstwie NW** | 45 000 |  |
| 11 | **Śmierć dziecka** | 5 000 |  |
| 12 | **Śmierć dziecka w następstwie NW** | 10 000 |  |
| 13 | **Śmierć rodziców / teściów** | 2 250 |  |
| 14 | **Śmierć rodziców / teściów w następstwie NW** | 5 600 |  |
| 15 | **Urodzenie się dziecka** | 1 600 |  |
| 16 | **Urodzenie martwego dziecka** | 3 200 |  |
| 17 | **Osierocenie dziecka** | 10 000 |  |
| 18 | **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego** | 7 000 |  |
| 19 | **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego na nowotwór złośliwy (świadczenie skumulowane z poważnym zachorowaniem Ubezpieczonego)** | 9 500 |  |
| 20 | **Leczenie specjalistyczne** | 4 000 |  |
| 21 | **Operacje chirurgiczne** | 5 000 |  |
| 22 | **Trwała niezdolność do pracy** | 30 000 |  |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu do 14 dni** |
| 23 | **Leczenie w szpitalu w związku z chorobą** | 65 |  |
| 24 | **Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym** | 200 |  |
| 25 | **Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem** | 280 |  |
| 26 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym** | 350 |  |
| 27 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem przy pracy** | 350 |  |
| 28 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym w pracy** | 400 |  |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni** |
| 29 | **Leczenie w szpitalu w związku z chorobą** | 65 |  |
| 30 | **Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym** | 65 |  |
| 31 | **Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem** | 200 |  |
| 32 | **Świadczenie apteczne** | 32,5 |  |
| 33 | **Rekonwalescencja** | 650 |  |

*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 wartości minimalnej. Wpisanie wartości niższej niż wymagana minimalna wysokość świadczenia w danej pozycji będzie oznaczało niezaakceptowanie warunku wymaganego, a tym samym oferta będzie podlegała odrzuceniu.*

1. **Wariant III**
	1. Oferujemy wykonanie usług objętych zamówieniem, zgodnie z wymogami zawartymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia, za cenę łączną:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Składka miesięczna łącznie za 1 osobę:
 |  |
| 1. Łączna cena oferty (składka miesięczna za 1 osobę x 24 miesiące x szacowana liczba osób – 370
 |  |

*UWAGA. Do oceny kryterium będzie brana pod uwagę łączna cena oferty sporządzona w oparciu o przedstawioną składkę miesięczną. Podane wartości służą jedynie dokonaniu wyboru najkorzystniejszej oferty – rzeczywista wartość może ulec zmianie i zależy od liczby ubezpieczonych.*

**Cena Wariantu III: .**………………………………………………………………….

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **ŚWIADCZENIA** | **Wymagana minimalna wysokość świadczenia** | **Oferowana wysokość świadczenia przez Wykonawcę** |
| 1 | **Śmierć Ubezpieczonego** | 70 000 |  |
| 2 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** | 122 500 |  |
| 3 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego** | 110 000 |  |
| 4 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy** | 200 000 |  |
| 5 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego** | 200 000 |  |
| 6 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy** | 300 000 |  |
| 7 | **Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego za 1% uszczerbku** | 700 |  |
| 8 | **Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie NW za 1% uszczerbku** | 600 |  |
| 9 | **Śmierć Współmałżonka** | 20 000 |  |
| 10 | **Śmierć Współmałżonka w następstwie NW** | 52 000 |  |
| 11 | **Śmierć dziecka** | 6 000 |  |
| 12 | **Śmierć dziecka w następstwie NW** | 12 000 |  |
| 13 | **Śmierć rodziców / teściów** | 2 500 |  |
| 14 | **Śmierć rodziców / teściów w następstwie NW** | 6 000 |  |
| 15 | **Urodzenie się dziecka** | 1 800 |  |
| 16 | **Urodzenie martwego dziecka** | 4 000 |  |
| 17 | **Osierocenie dziecka** | 10 000 |  |
| 18 | **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego** | 8 500 |  |
| 19 | **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego na nowotwór złośliwy (świadczenie skumulowane z poważnym zachorowaniem Ubezpieczonego)** | 11 000 |  |
| 20 | **Leczenie specjalistyczne** | 5 000 |  |
| 21 | **Operacje chirurgiczne** | 5 500 |  |
| 22 | **Trwała niezdolność do pracy** | 30 000 |  |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu do 14 dni** |
| 23 | **Leczenie w szpitalu w związku z chorobą** | 75 |  |
| 24 | **Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym** | 235 |  |
| 25 | **Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem** | 320 |  |
| 26 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym** | 400 |  |
| 27 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem przy pracy** | 400 |  |
| 28 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym w pracy** | 450 |  |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni** |
| 29 | **Leczenie w szpitalu w związku z chorobą** | 75 |  |
| 30 | **Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym** | 75 |  |
| 31 | **Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem** | 200 |  |
| 32 | **Świadczenie apteczne** | 37,5 |  |
| 33 | **Rekonwalescencja** | 750 |  |

*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 wartości minimalnej. Wpisanie wartości niższej niż wymagana minimalna wysokość świadczenia w danej pozycji będzie oznaczało niezaakceptowanie warunku wymaganego, a tym samym oferta będzie podlegała odrzuceniu.*

1. **Wariant IV**
	1. Oferujemy wykonanie usług objętych zamówieniem, zgodnie z wymogami zawartymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia, za cenę łączną:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Składka miesięczna łącznie za 1 osobę:
 |  |
| 1. Łączna cena oferty (składka miesięczna za 1 osobę x 24 miesiące x szacowana liczba osób – 300
 |  |

*UWAGA. Do oceny kryterium będzie brana pod uwagę łączna cena oferty sporządzona w oparciu o przedstawioną składkę miesięczną. Podane wartości służą jedynie dokonaniu wyboru najkorzystniejszej oferty – rzeczywista wartość może ulec zmianie i zależy od liczby ubezpieczonych.*

**Cena Wariantu IV: .**………………………………………………………………….

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **ŚWIADCZENIA** | **Wymagana minimalna wysokość świadczenia** | **Oferowana wysokość świadczenia przez Wykonawcę** |
| 1 | **Śmierć Ubezpieczonego** | 80 000 |  |
| 2 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** | 140 000 |  |
| 3 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego** | 120 000 |  |
| 4 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy** | 250 000 |  |
| 5 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego** | 250 000 |  |
| 6 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy** | 350 000 |  |
| 7 | **Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego za 1% uszczerbku** | 800 |  |
| 8 | **Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie NW za 1% uszczerbku** | 750 |  |
| 9 | **Śmierć Współmałżonka** | 25 000 |  |
| 10 | **Śmierć Współmałżonka w następstwie NW** | 60 000 |  |
| 11 | **Śmierć dziecka** | 7 000 |  |
| 12 | **Śmierć dziecka w następstwie NW** | 14 000 |  |
| 13 | **Śmierć rodziców / teściów** | 1 700 |  |
| 14 | **Śmierć rodziców / teściów w następstwie NW** | 3 400 |  |
| 15 | **Urodzenie się dziecka** | 700 |  |
| 16 | **Urodzenie martwego dziecka** | 1 400 |  |
| 17 | **Osierocenie dziecka** | 10 000 |  |
| 18 | **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego** | 9 000 |  |
| 19 | **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego na nowotwór złośliwy (świadczenie skumulowane z poważnym zachorowaniem Ubezpieczonego)** | 11 500 |  |
| 20 | **Leczenie specjalistyczne** | 8 000 |  |
| 21 | **Operacje chirurgiczne** | 8 000 |  |
| 22 | **Trwała niezdolność do pracy** | 40 000 |  |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu do 14 dni** |
| 23 | **Leczenie w szpitalu w związku z chorobą** | 85 |  |
| 24 | **Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym** | 270 |  |
| 25 | **Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem** | 360 |  |
| 26 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym** | 450 |  |
| 27 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem przy pracy** | 450 |  |
| 28 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym w pracy** | 500 |  |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni** |
| 29 | **Leczenie w szpitalu w związku z chorobą** | 85 |  |
| 30 | **Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym** | 85 |  |
| 31 | **Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem** | 300 |  |
| 32 | **Świadczenie apteczne** | 42,5 |  |
| 33 | **Rekonwalescencja** | 850 |  |

*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 wartości minimalnej. Wpisanie wartości niższej niż wymagana minimalna wysokość świadczenia w danej pozycji będzie oznaczało niezaakceptowanie warunku wymaganego, a tym samym oferta będzie podlegała odrzuceniu.*

1. **Wariant V**
	1. Oferujemy wykonanie usług objętych zamówieniem, zgodnie z wymogami zawartymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia, za cenę łączną:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Składka miesięczna łącznie za 1 osobę:
 |  |
| 1. Łączna cena oferty (składka miesięczna za 1 osobę x 24 miesiące x szacowana liczba osób – 170
 |  |

*UWAGA. Do oceny kryterium będzie brana pod uwagę łączna cena oferty sporządzona w oparciu o przedstawioną składkę miesięczną. Podane wartości służą jedynie dokonaniu wyboru najkorzystniejszej oferty – rzeczywista wartość może ulec zmianie i zależy od liczby ubezpieczonych.*

**Cena Wariantu V: .**………………………………………………………………….

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **ŚWIADCZENIA** | **Wymagana minimalna wysokość świadczenia** | **Oferowana wysokość świadczenia przez Wykonawcę** |
| 1 | **Śmierć Ubezpieczonego** | 120 000 |  |
| 2 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** | 210 000 |  |
| 3 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego** | 150 000 |  |
| 4 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy** | 400 000 |  |
| 5 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego** | 400 000 |  |
| 6 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy** | 500 000 |  |
| 7 | **Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego za 1% uszczerbku** | 900 |  |
| 8 | **Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie NW za 1% uszczerbku** | 900 |  |
| 9 | **Śmierć Współmałżonka** | 30 000 |  |
| 10 | **Śmierć Współmałżonka w następstwie NW** | 70 000 |  |
| 11 | **Śmierć dziecka** | 7 500 |  |
| 12 | **Śmierć dziecka w następstwie NW** | 17 000 |  |
| 13 | **Śmierć rodziców / teściów** | 3 000 |  |
| 14 | **Śmierć rodziców / teściów w następstwie NW** | 7 000 |  |
| 15 | **Urodzenie się dziecka** | 3 000 |  |
| 16 | **Urodzenie martwego dziecka** | 6 000 |  |
| 17 | **Osierocenie dziecka** | 10 000 |  |
| 18 | **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego** | 10 000 |  |
| 19 | **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego na nowotwór złośliwy (świadczenie skumulowane z poważnym zachorowaniem Ubezpieczonego)** | 12 500 |  |
| 20 | **Leczenie specjalistyczne** | 9 000 |  |
| 21 | **Operacje chirurgiczne** | 10 000 |  |
| 22 | **Trwała niezdolność do pracy** | 50 000 |  |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu do 14 dni** |
| 23 | **Leczenie w szpitalu w związku z chorobą** | 100 |  |
| 24 | **Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym** | 300 |  |
| 25 | **Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem** | 400 |  |
| 26 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym** | 500 |  |
| 27 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem przy pracy** | 500 |  |
| 28 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym w pracy** | 600 |  |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni** |
| 29 | **Leczenie w szpitalu w związku z chorobą** | 100 |  |
| 30 | **Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym** | 100 |  |
| 31 | **Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem** | 300 |  |
| 32 | **Świadczenie apteczne** | 50 |  |
| 33 | **Rekonwalescencja** | 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 wartości minimalnej. Wpisanie wartości niższej niż wymagana minimalna wysokość świadczenia w danej pozycji będzie oznaczało niezaakceptowanie warunku wymaganego, a tym samym oferta będzie podlegała odrzuceniu.*

1. **Klauzule dodatkowe – Akceptujemy następujące klauzule dodatkowe i inne postanowienia szczególne preferowane:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr klauzuli** | **Nazwa klauzuli rozszerzającej zakres ochrony** | **Należy wpisać TAK przy zaakceptowanych klauzulach** |
| **TAK** | **Brak** |
| 7.1. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca poważne zachorowania Ubezpieczonego |  |  |
| 7.2. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o poważne zachorowania współmałżonka |  |  |
| 7.3. | Klauzula dodatkowa skrócenia minimalnego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby |  |  |
| 7.4. | Klauzula dodatkowa skrócenia minimalnego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku |  |  |
| 7.5. | Klauzula dodatkowa skrócenia okresu obowiązywania wyłączenia – samobójstwo |  |  |
| 7.6. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o świadczenie trwałego uszczerbku w wyniku wypadku komunikacyjnego |  |  |
| 7.7. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o świadczenie trwałego uszczerbku w wyniku wypadku przy pracy |  |  |
| 7.8. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o śmierć Współmałżonka w następstwie wypadku komunikacyjnego |  |  |
| 7.9. | Klauzula dodatkowa zmieniająca definicję dziecka |  |  |
| 7.10. | Klauzula dodatkowa katalogu operacji chirurgicznych |  |  |
| 7.11. | Klauzula dodatkowa rozszerzająca świadczenie operacji chirurgicznych |  |  |
| 7.12. | Klauzula dodatkowa podwyższająca wartość świadczenia karty aptecznej o 100 zł |  |  |
| 7.13. | Klauzula dodatkowa Assistance |  |  |
| 7.14. | Klauzula dodatkowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia |  |  |
| 7.15. | Klauzula dodatkowa zniżek majątkowych |  |  |
| 7.16. | Klauzula dodatkowa funduszu prewencyjnego |  |  |

*UWAGA. W przypadku nie wypełnienia w formularzu wartości sformułowania TAK domyślnie oznacza niezaakceptowanie klauzuli klauzuli.*

1. **Pakiety dodatkowe rozszerzającego zakres ubezpieczenia (fakultatywne)**

|  |
| --- |
| **Pakiety dodatkowe** |
| **Lp.** | **Numer i nazwa pakietu dodatkowego rozszerzającego zakres ochrony** | **Przedstawione oferty pakietów dodatkowych** | **Brak oferty pakietów dodatkowych** |
| 1. | Pakiet dodatkowy „onkologiczny” |  |  |
| 2. | Pakiet dodatkowy „na życie” |
| 3. | Pakiet dodatkowy „dziecko” |
| 4. | Pakiet dodatkowy „trwały uszczerbek” |

*UWAGA. W przypadku nie wypełnienia w formularzu wartości sformułowania TAK domyślnie oznacza nieprzedstawieniem oferty pakietów dodatkowych.*

*W przypadku wypełnienia w formularzu wartości sformułowania TAK Wykonawca zobowiązany jest do załączenia do Formularza ofertowego również oferty w zakresie wszystkich czterech pakietów dodatkowych.*

* + 1. **Pakiet dodatkowy „onkologiczny”**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Składka miesięczna łącznie za 1 osobę:
 |  |
| 1. Łączna cena oferty (składka miesięczna za 1 osobę x 24 miesiące x szacowana liczba osób – 113)
 |  |

* + 1. **Pakiet dodatkowy „na życie”**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Składka miesięczna za 1 osobę:
 |  |
| 1. Łączna cena oferty (składka miesięczna za 1 osobę x 24 miesiące x szacowana liczba osób – 100)
 |  |

* + 1. **Pakiet dodatkowy „dziecko”**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Składka miesięczna łącznie za 1 osobę:
 |  |
| 1. Łączna cena oferty (składka miesięczna za 1 osobę x 24 miesiące x szacowana liczba osób – 100)
 |  |

* + 1. **Pakiet dodatkowy „trwały uszczerbek”**

|  |  |
| --- | --- |
| 1.Składka miesięczna łącznie za 1 osobę: |  |
| 2.Łączna cena oferty (składka miesięczna za 1 osobę x 24 miesiące x szacowana liczba osób – 100) |  |

1. **Oświadczamy, że do realizacji przedmiotu umowy (czynności administracyjnych) zostanie zatrudnionych na podstawie umowy o pracę …….. osób, w tym:**

**….…… osób na cały etat**

**….…….osób na ……….część etatu**

**….…… osób na ………..część etatu itd.**

**z tego minimalne wynagrodzenia za pracę otrzyma … osób, co stanowi ….. etatów**

1. **Punkt Obsługi Klienta**  – adres : .........................
2. **Opiekun kontraktu:** imię i nazwisko: ..................., nr tel.: ...................., adres e-mail:......................
3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami przystąpienia do zamówienia określonymi w specyfikacji warunków zamówienia oraz uzyskaliśmy niezbędne informacje do przygotowania oferty.
4. Oświadczamy, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego.
5. Oświadczamy, że wybór niniejszej oferty:
* nie będzie prowadzić do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego;\*
* będzie prowadzić do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego w następującym zakresie:\*....................................................................................................................................................................................*Wykonawca, składając ofertę, zobowiązany jest poinformować Zamawiającego, czy wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, wskazując nazwę (rodzaj) usługi, której świadczenie będzie prowadzić do jego powstania oraz wskazując jej wartość bez kwoty podatku. Brak wymaganych skreśleń w oświadczeniu wyżej oznacza, że złożona oferta nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.*
1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z istotnymi postanowieniami umowy, które zostały zawarte w Specyfikacji Warunków Zamówienia i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na zawartych tam warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
2. Oświadczamy, że czujemy się związani ofertą przez okres 90 dni od daty upływu terminu składania ofert.
3. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia i uznajemy się za związanych określonymi w niej zasadami postępowania.
5. OŚWIADCZAMY, że Zamówienie zrealizujemy sami / przy udziale Podwykonawców.\* Podwykonawcom zostaną powierzone do wykonania następujące części zamówienia:

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

(części zamówienia, które zostaną powierzone podwykonawcy oraz wskazanie nazw podwykonawców, jeżeli są już znani).

1. Oświadczamy, że istotne postanowienia umowy, stanowiące załącznik do Specyfikacji Warunków Zamówienia zostały przez nas zaakceptowane. Zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy na warunkach określonych istotnych postanowieniach umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
2. Załączniki:
* ..................
* ...................

………………………………………………

(pieczęć i podpis osoby upoważnionej)

\*- niepotrzebne skreślić