Załącznik nr 1 do SWZ

**FORMULARZ OFERTY**

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:

**Usługę grupowego ubezpieczenie na życie oraz ubezpieczenia zdrowotnego dla pracowników Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu**

**(ZP/005/23)**

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

1. **CZĘŚĆ I – 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 miesięcy x przewidywana liczba osób – 150 |  |

*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:** ………………………………………………………………………………………….

**słownie:** …………………………………………………………………………………

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr klauzuli** | **Nazwa klauzuli rozszerzającej zakres ochrony** | **Należy wpisać TAK przy zaakceptowanych klauzulach/opcji klauzuli** | | |
| **Opcja I** | **Opcja II** | **Brak** |
| 7.1. | Klauzula dodatkowa zniesienia karencji dla pracowników zgłaszanych do ubezpieczenia po raz pierwszy |  | X |  |
| 7.2. | Klauzula dodatkowa zniesienia karencji dla współmałżonków oraz pełnoletnich dzieci zgłaszanych do ubezpieczenia po raz pierwszy |  |  |  |
| 7.3. | Klauzula dodatkowa zniesienia karencji dla partnerów życiowych zgłaszanych do ubezpieczenia po raz pierwszy |  |  |  |
| 7.4. | Klauzula dodatkowa katalogu operacji chirurgicznych |  | X |  |
| 7.5. | Klauzula dodatkowa Assistance |  | X |  |
| 7.6. | Klauzula dodatkowa podwyższająca wartość świadczenia aptecznego z 400 zł na 500 zł |  | X |  |
| 7.7. | Klauzula dodatkowa zniżek majątkowych |  | X |  |
| 7.8. | Klauzula dodatkowa funduszu prewencyjnego |  | X |  |
| 7.9. | Klauzula dodatkowa przygotowania deklaracji przystąpienia |  | X |  |
| 7.10. | Klauzula dodatkowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia |  | X |  |

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **ŚWIADCZENIA** | **Wymagana minimalna wysokość świadczenia** | **Oferowana wysokość świadczenia przez Wykonawcę** |
| 1 | **Śmierć Ubezpieczonego** | 53 000 |  |
| 2 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** | 106 000 |  |
| 3 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego** | 65 000 |  |
| 4 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy** | 159 000 |  |
| 5 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego** | 159 000 |  |
| 6 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy** | 210 000 |  |
| 7 | **Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego za 1% uszczerbku** | 610 |  |
| 8 | **Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie NW za 1% uszczerbku** | 610 |  |
| 9 | **Śmierć Współmałżonka** | 9 000 |  |
| 10 | **Śmierć Współmałżonka w następstwie NW** | 18 000 |  |
| 11 | **Śmierć Współmałżonka w następstwie wypadku komunikacyjnego** | 36 500 |  |
| 12 | **Śmierć dziecka** | 3 400 |  |
| 13 | **Śmierć dziecka w następstwie NW** | 4 400 |  |
| 14 | **Śmierć rodziców / teściów** | 2 300 |  |
| 15 | **Śmierć rodziców / teściów w następstwie NW** | 3 600 |  |
| 16 | **Urodzenie martwego dziecka** | 3 000 |  |
| 17 | **Osierocenie dziecka** | 4 200 |  |
| 18 | **Urodzenie się dziecka** | 1 500 |  |
| 19 | **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego** | 7 500 |  |
| 20 | **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego na nowotwór złośliwy (świadczenie skumulowane z poważnym zachorowaniem Ubezpieczonego)** | 16 000 |  |
| 21 | **Poważne zachorowanie Współmałżonka** | 3 500 |  |
| 22 | **Poważne zachorowanie dziecka** | - |  |
| 23 | **Leczenie specjalistyczne** | 4 000 |  |
| 24 | **Operacje chirurgiczne** | 5 000 |  |
| 25 | **Trwała niezdolność do pracy** | 15 000 |  |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu do 14 dni** | | |
| 26 | **Leczenie w szpitalu w związku z chorobą** | 55 |  |
| 27 | **Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym** | 135 |  |
| 28 | **Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem** | 135 |  |
| 29 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym** | 165 |  |
| 30 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem przy pracy** | 165 |  |
| 31 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym w pracy** | 195 |  |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni** | | |
| 32 | **Leczenie w szpitalu w związku z chorobą** | 55 |  |
| 33 | **Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym** | 55 |  |
| 34 | **Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem** | 55 |  |
| 35 | **Świadczenie apteczne** | 400 |  |
| 36 | **Rekonwalescencja** | 27,50 |  |
| 37 | **Pobyt na OIOM/OIT** | 550 |  |

*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 miesięcy x przewidywana liczba osób – 350 |  |

*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:** …………………………………………………………….

**słownie:** …………………………………………………………………………………

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr klauzuli** | **Nazwa klauzuli rozszerzającej zakres ochrony** | **Należy wpisać TAK przy zaakceptowanych klauzulach/opcji klauzuli** | | |
| **Opcja I** | **Opcja II** | **Brak** |
| 7.1. | Klauzula dodatkowa zniesienia karencji dla pracowników zgłaszanych do ubezpieczenia po raz pierwszy |  | X |  |
| 7.2. | Klauzula dodatkowa zniesienia karencji dla współmałżonków oraz pełnoletnich dzieci zgłaszanych do ubezpieczenia po raz pierwszy |  |  |  |
| 7.3. | Klauzula dodatkowa zniesienia karencji dla partnerów życiowych zgłaszanych do ubezpieczenia po raz pierwszy |  |  |  |
| 7.4. | Klauzula dodatkowa katalogu operacji chirurgicznych |  | X |  |
| 7.5. | Klauzula dodatkowa Assistance |  | X |  |
| 7.6. | Klauzula dodatkowa podwyższająca wartość świadczenia aptecznego z 400 zł na 500 zł |  | X |  |
| 7.7. | Klauzula dodatkowa zniżek majątkowych |  | X |  |
| 7.8. | Klauzula dodatkowa funduszu prewencyjnego |  | X |  |
| 7.9. | Klauzula dodatkowa przygotowania deklaracji przystąpienia |  | X |  |
| 7.10. | Klauzula dodatkowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia |  | X |  |

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **ŚWIADCZENIA** | **Wymagana minimalna wysokość świadczenia** | **Oferowana wysokość świadczenia przez Wykonawcę** |
| 1 | **Śmierć Ubezpieczonego** | 64 000 |  |
| 2 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** | 128 000 |  |
| 3 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego** | 78 000 |  |
| 4 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy** | 178 000 |  |
| 5 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego** | 178 000 |  |
| 6 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy** | 222 000 |  |
| 7 | **Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego za 1% uszczerbku** | 610 |  |
| 8 | **Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie NW za 1% uszczerbku** | 610 |  |
| 9 | **Śmierć Współmałżonka** | 11 500 |  |
| 10 | **Śmierć Współmałżonka w następstwie NW** | 23 000 |  |
| 11 | **Śmierć Współmałżonka w następstwie wypadku komunikacyjnego** | 38 500 |  |
| 12 | **Śmierć dziecka** | - |  |
| 13 | **Śmierć dziecka w następstwie NW** | - |  |
| 14 | **Śmierć rodziców / teściów** | 2 400 |  |
| 15 | **Śmierć rodziców / teściów w następstwie NW** | 3 700 |  |
| 16 | **Urodzenie martwego dziecka** | - |  |
| 17 | **Osierocenie dziecka** | - |  |
| 18 | **Urodzenie się dziecka** | - |  |
| 19 | **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego** | 7 500 |  |
| 20 | **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego na nowotwór złośliwy (świadczenie skumulowane z poważnym zachorowaniem Ubezpieczonego)** | 16 000 |  |
| 21 | **Poważne zachorowanie Współmałżonka** | 4 000 |  |
| 22 | **Poważne zachorowanie dziecka** | - |  |
| 23 | **Leczenie specjalistyczne** | 4 000 |  |
| 24 | **Operacje chirurgiczne** | 5 000 |  |
| 25 | **Trwała niezdolność do pracy** | 25 000 |  |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu do 14 dni** | | |
| 26 | **Leczenie w szpitalu w związku z chorobą** | 65 |  |
| 27 | **Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym** | 160 |  |
| 28 | **Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem** | 160 |  |
| 29 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym** | 220 |  |
| 30 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem przy pracy** | 220 |  |
| 31 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym w pracy** | 280 |  |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni** | | |
| 32 | **Leczenie w szpitalu w związku z chorobą** | 65 |  |
| 33 | **Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym** | 65 |  |
| 34 | **Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem** | 65 |  |
| 35 | **Świadczenie apteczne** | 400 |  |
| 36 | **Rekonwalescencja** | 32,50 |  |
| 37 | **Pobyt na OIOM/OIT** | 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 miesięcy x przewidywana liczba osób – 160 |  |

*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:** ………………………………………………………………………………………….

**słownie:** …………………………………………………………………………………

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr klauzuli** | **Nazwa klauzuli rozszerzającej zakres ochrony** | **Należy wpisać TAK przy zaakceptowanych klauzulach/opcji klauzuli** | | |
| **Opcja I** | **Opcja II** | **Brak** |
| 7.1. | Klauzula dodatkowa zniesienia karencji dla pracowników zgłaszanych do ubezpieczenia po raz pierwszy |  | X |  |
| 7.2. | Klauzula dodatkowa zniesienia karencji dla współmałżonków oraz pełnoletnich dzieci zgłaszanych do ubezpieczenia po raz pierwszy |  |  |  |
| 7.3. | Klauzula dodatkowa zniesienia karencji dla partnerów życiowych zgłaszanych do ubezpieczenia po raz pierwszy |  |  |  |
| 7.4. | Klauzula dodatkowa katalogu operacji chirurgicznych |  | X |  |
| 7.5. | Klauzula dodatkowa Assistance |  | X |  |
| 7.6. | Klauzula dodatkowa podwyższająca wartość świadczenia aptecznego z 400 zł na 500 zł |  | X |  |
| 7.7. | Klauzula dodatkowa zniżek majątkowych |  | X |  |
| 7.8. | Klauzula dodatkowa funduszu prewencyjnego |  | X |  |
| 7.9. | Klauzula dodatkowa przygotowania deklaracji przystąpienia |  | X |  |
| 7.10. | Klauzula dodatkowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia |  | X |  |

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **ŚWIADCZENIA** | **Wymagana minimalna wysokość świadczenia** | **Oferowana wysokość świadczenia przez Wykonawcę** |
| 1 | **Śmierć Ubezpieczonego** | 79 000 |  |
| 2 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** | 165 000 |  |
| 3 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego** | 98 000 |  |
| 4 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy** | 222 000 |  |
| 5 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego** | 222 000 |  |
| 6 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy** | 272 000 |  |
| 7 | **Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego za 1% uszczerbku** | 610 |  |
| 8 | **Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie NW za 1% uszczerbku** | 700 |  |
| 9 | **Śmierć Współmałżonka** | 13 500 |  |
| 10 | **Śmierć Współmałżonka w następstwie NW** | 27 000 |  |
| 11 | **Śmierć Współmałżonka w następstwie wypadku komunikacyjnego** | 40 000 |  |
| 12 | **Śmierć dziecka** | 4 400 |  |
| 13 | **Śmierć dziecka w następstwie NW** | 5 400 |  |
| 14 | **Śmierć rodziców / teściów** | 2 700 |  |
| 15 | **Śmierć rodziców / teściów w następstwie NW** | 4 000 |  |
| 16 | **Urodzenie martwego dziecka** | 3 800 |  |
| 17 | **Osierocenie dziecka** | 5 200 |  |
| 18 | **Urodzenie się dziecka** | 1 900 |  |
| 19 | **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego** | 9 500 |  |
| 20 | **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego na nowotwór złośliwy (świadczenie skumulowane z poważnym zachorowaniem Ubezpieczonego)** | 18 000 |  |
| 21 | **Poważne zachorowanie Współmałżonka** | 4 500 |  |
| 22 | **Poważne zachorowanie dziecka** | 4 500 |  |
| 23 | **Leczenie specjalistyczne** | 5 000 |  |
| 24 | **Operacje chirurgiczne** | 5 500 |  |
| 25 | **Trwała niezdolność do pracy** | 32 500 |  |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu do 14 dni** | | |
| 26 | **Leczenie w szpitalu w związku z chorobą** | 70 |  |
| 27 | **Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym** | 175 |  |
| 28 | **Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem** | 175 |  |
| 29 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym** | 210 |  |
| 30 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem przy pracy** | 210 |  |
| 31 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym w pracy** | 245 |  |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni** | | |
| 32 | **Leczenie w szpitalu w związku z chorobą** | 70 |  |
| 33 | **Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym** | 70 |  |
| 34 | **Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem** | 70 |  |
| 35 | **Świadczenie apteczne** | 400 |  |
| 36 | **Rekonwalescencja** | 35 |  |
| 37 | **Pobyt na OIOM/OIT** | 700 |  |

*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 miesięcy x przewidywana liczba osób – 180 |  |

*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:** ………………………………………………………………………………………….

**słownie:** …………………………………………………………………………………

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr klauzuli** | **Nazwa klauzuli rozszerzającej zakres ochrony** | **Należy wpisać TAK przy zaakceptowanych klauzulach/opcji klauzuli** | | |
| **Opcja I** | **Opcja II** | **Brak** |
| 7.1. | Klauzula dodatkowa zniesienia karencji dla pracowników zgłaszanych do ubezpieczenia po raz pierwszy |  | X |  |
| 7.2. | Klauzula dodatkowa zniesienia karencji dla współmałżonków oraz pełnoletnich dzieci zgłaszanych do ubezpieczenia po raz pierwszy |  |  |  |
| 7.3. | Klauzula dodatkowa zniesienia karencji dla partnerów życiowych zgłaszanych do ubezpieczenia po raz pierwszy |  |  |  |
| 7.4. | Klauzula dodatkowa katalogu operacji chirurgicznych |  | X |  |
| 7.5. | Klauzula dodatkowa Assistance |  | X |  |
| 7.6. | Klauzula dodatkowa podwyższająca wartość świadczenia aptecznego z 400 zł na 500 zł |  | X |  |
| 7.7. | Klauzula dodatkowa zniżek majątkowych |  | X |  |
| 7.8. | Klauzula dodatkowa funduszu prewencyjnego |  | X |  |
| 7.9. | Klauzula dodatkowa przygotowania deklaracji przystąpienia |  | X |  |
| 7.10. | Klauzula dodatkowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia |  | X |  |

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **ŚWIADCZENIA** | **Wymagana minimalna wysokość świadczenia** | **Oferowana wysokość świadczenia przez Wykonawcę** |
| 1 | **Śmierć Ubezpieczonego** | 83 000 |  |
| 2 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** | 166 000 |  |
| 3 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego** | 103 000 |  |
| 4 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy** | 230 000 |  |
| 5 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego** | 230 000 |  |
| 6 | **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy** | 295 000 |  |
| 7 | **Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego za 1% uszczerbku** | 850 |  |
| 8 | **Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie NW za 1% uszczerbku** | 950 |  |
| 9 | **Śmierć Współmałżonka** | 15 500 |  |
| 10 | **Śmierć Współmałżonka w następstwie NW** | 31 000 |  |
| 11 | **Śmierć Współmałżonka w następstwie wypadku komunikacyjnego** | 42 000 |  |
| 12 | **Śmierć dziecka** | - |  |
| 13 | **Śmierć dziecka w następstwie NW** | - |  |
| 14 | **Śmierć rodziców / teściów** | 2 800 |  |
| 15 | **Śmierć rodziców / teściów w następstwie NW** | 4 100 |  |
| 16 | **Urodzenie martwego dziecka** | - |  |
| 17 | **Osierocenie dziecka** | - |  |
| 18 | **Urodzenie się dziecka** | - |  |
| 19 | **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego** | 10 000 |  |
| 20 | **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego na nowotwór złośliwy (świadczenie skumulowane z poważnym zachorowaniem Ubezpieczonego)** | 18 500 |  |
| 21 | **Poważne zachorowanie Współmałżonka** | 5 000 |  |
| 22 | **Poważne zachorowanie dziecka** | - |  |
| 23 | **Leczenie specjalistyczne** | 5 000 |  |
| 24 | **Operacje chirurgiczne** | 6 000 |  |
| 25 | **Trwała niezdolność do pracy** | 37 500 |  |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu do 14 dni** | | |
| 26 | **Leczenie w szpitalu w związku z chorobą** | 80 |  |
| 27 | **Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym** | 200 |  |
| 28 | **Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem** | 200 |  |
| 29 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym** | 270 |  |
| 30 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem przy pracy** | 270 |  |
| 31 | **Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym w pracy** | 340 |  |
|  | **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni** | | |
| 32 | **Leczenie w szpitalu w związku z chorobą** | 80 |  |
| 33 | **Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym** | 80 |  |
| 34 | **Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem** | 80 |  |
| 35 | **Świadczenie apteczne** | 400 |  |
| 36 | **Rekonwalescencja** | 40 |  |
| 37 | **Pobyt na OIOM/OIT** | 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 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. **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 „NNW” |
| 3. | Pakiet dodatkowy „dziecko” |
| 4. | Pakiet dodatkowy „trwały uszczerbek” |
| 5. | Pakiet dodatkowy „lekowy” |  |  |

*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 trzech pakietów dodatkowych.*

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

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Składka miesięczna łącznie za 1 osobę: |  |
| 1. Łączna cena oferty (składka miesięczna za 1 osobę x 24 miesięcy x przewidywana liczba osób – 60) |  |

* + 1. **Pakiet dodatkowy „NNW”**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Składka miesięczna łącznie za 1 osobę: |  |
| 1. Łączna cena oferty (składka miesięczna za 1 osobę x 24 miesięcy x przewidywana liczba osób – 60) |  |

* + 1. **Pakiet dodatkowy „dziecko”**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Składka miesięczna łącznie za 1 osobę: |  |
| 1. Łączna cena oferty (składka miesięczna za 1 osobę x 24 miesięcy x przewidywana liczba osób – 60) |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Składka miesięczna łącznie za 1 osobę: |  |
| 1. Łączna cena oferty (składka miesięczna za 1 osobę x 24 miesięcy x przewidywana liczba osób – 60) |  |

* + 1. **Pakiet dodatkowy „lekowy”**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Składka miesięczna łącznie za 1 osobę: |  |
| 1. Łączna cena oferty (składka miesięczna za 1 osobę x 24 miesięcy x przewidywana liczba osób – 40) |  |

* 1. **Punkt Obsługi Klienta –** adres: Poznań, ul. .................
  2. **Opiekun kontraktu** – imię i nazwisko:................, nr tel. .................. , adres e-mail: ............................

1. **CZĘŚĆ II – Ubezpieczenie zdrowotne**
   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 (składka miesięczna za 1 osobę x 24 miesięcy x przewidywana liczba osób – 150 |  |

*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:** ………………………………………………………………………………………….

**słownie:** …………………………………………………………………………………

* 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 (składka miesięczna za 1 osobę x 24 miesięcy x przewidywana liczba osób – 90 |  |
| 1. Składka miesięczna za pakiet partnerski: |  |
| 1. Łączna cena Wariant II – pakiet partnerski (składka miesięczna za 1 pakiet x 24 miesiące x przewidywana liczba pakietów – 30) |  |
| 1. Składka miesięczna za pakiet rodzinny: |  |
| 1. Łączna cena Wariant II – pakiet rodzinny (składka miesięczna za 1 pakiet x 24 miesiące x przewidywana liczba pakietów – 50) |  |

*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 (wraz z pakietem partnerskim oraz rodzinnym):** ………………………………………………………………………………………….

**słownie:** …………………………………………………………………………………

* 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 (składka miesięczna za 1 osobę x 24 miesięcy x przewidywana liczba osób – 80 |  |
| 1. Składka miesięczna za pakiet partnerski: |  |
| 1. Łączna cena Wariant III – pakiet partnerski (składka miesięczna za 1 pakiet x 24 miesiące x przewidywana liczba pakietów – 30) |  |
| 1. Składka miesięczna za pakiet rodzinny: |  |
| 1. Łączna cena Wariant III – pakiet rodzinny (składka miesięczna za 1 pakiet x 24 miesiące x przewidywana liczba pakietów – 50) |  |

*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 (wraz z pakietem partnerskim oraz rodzinnym):** ………………………………………………………………………………………….

**słownie:** …………………………………………………………………………………

* 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 (składka miesięczna za 1 osobę x 24 miesięcy x przewidywana liczba osób – 40 |  |
| 1. Składka miesięczna za pakiet partnerski: |  |
| 1. Łączna cena Wariant IV – pakiet partnerski (składka miesięczna za 1 pakiet x 24 miesiące x przewidywana liczba pakietów – 30) |  |
| 1. Składka miesięczna za pakiet rodzinny: |  |
| 1. Łączna cena Wariant IV – pakiet rodzinny (składka miesięczna za 1 pakiet x 24 miesiące x przewidywana liczba pakietów – 30) |  |

*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 (wraz z pakietem partnerskim oraz rodzinnym):** ………………………………………………………………………………………….

**słownie:** …………………………………………………………………………………

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr klauzuli** | **Nazwa klauzuli rozszerzającej zakres ochrony** | **Należy wpisać TAK przy zaakceptowanych klauzulach/opcji klauzuli** | | |
| **TAK** | | **Brak** |
| 4.1. | Klauzula dodatkowa wizyt lekarskich dla Wariantu II |  |  |  |
| 4.2. | Klauzula dodatkowa wizyt lekarskich dla Wariantu III |  |  |  |
| 4.3. | Klauzula dodatkowa wizyt lekarskich dla Wariantu IV |  |  |  |
| 4.4. | Klauzula dodatkowa rehabilitacji dla Wariantu III |  |  |  |
| 4.5. | Klauzula dodatkowa rehabilitacji dla Wariantu IV |  |  |  |
| 4.6. | Klauzula dodatkowa badań diagnostycznych dla Wariantu II |  |  |  |
| 4.7. | Klauzula dodatkowa badań diagnostycznych dla Wariantu III |  |  |  |
| 4.8. | Klauzula dodatkowa stomatologii zachowawczej |  |  |  |
| 4.9. | Klauzula dodatkowa przystąpienia pełnoletnich dzieci |  |  |  |
| 4.10. | Klauzula dodatkowa funduszu prewencyjnego |  |  |  |

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

1. **Oświadczamy, że do realizacji przedmiotu umowy (prac administracyjnych: związane z wystawieniem, aneksowaniem umowy ubezpieczenia/polisy, rozliczaniu płatności) 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 (zgodnie z pkt 4.1. SWZ)**

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami przystąpienia do zamówienia określonymi w specyfikacji warunków zamówienia oraz uzyskaliśmy niezbędne informacje do przygotowania oferty.
2. Oświadczamy, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
3. 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.
4. Oświadczamy, że czujemy się związani ofertą przez okres 90 dni od daty upływu terminu składania ofert.
5. Oświadczamy, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego.
6. 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.
7. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia i uznajemy się za związanych określonymi w niej zasadami postępowania.
8. **Polegam/ nie polegam\*** *(niepotrzebne skreślić)* na zdolnościach podmiotów udostępniających zasoby w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu. Podmiot udostępniający **będzie brał udział/ nie będzie brał udziału\*** *(niepotrzebne skreślić)*  w wykonywaniu części zamówienia.
9. OŚWIADCZAMY, że Zamówienie zrealizujemy sami / przy udziale Podwykonawców. Podwykonawcom zostaną powierzone do wykonania następujące części zamówienia:

CZĘŚĆ I:..............................................................................................................................................................CZĘŚĆ II:.............................................................................................................................................................

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

1. Oświadczamy, że istotne postanowienia umowy, stanowiące załącznik do Specyfikacji Istotnych 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. Integralną częścią oferty są załączniki:
   1. Część I:
   2. Część II