**Załącznik nr 2 do SWZ**

**Zamawiający:**

**Sieć Badawcza Łukasiewicz-Instytut Logistyki i Magazynowania**

**ul. Estkowskiego 6**

**61-755 Poznań**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Wykonawca/Wykonawcy:**

Pełna nazwa: ……………………………………….…………………………………….……………………………………………..

Adres: ……………………………………….…………………………………….………………………………………………………..

Telefon: …………………………………………………………………………………………………………………………………….

REGON: …………………………………………………………………………………………………………………………………….

NIP/PESEL, KRS/CEiDG: ……………………………………………………………………………………………………………..

Wykonawca jest: mikro, małym, średnim, dużym przedsiębiorcą …………………………………………………………………………………………………………..………….. (należy wskazać)

Imię, nazwisko, telefon, adres e-mail osoby wyznaczonej do kontaktu z Zamawiającym: ………………………………………………….…………………………………….…………………………………….…………………

W związku z postępowaniem prowadzonym w trybie podstawowym z możliwymi negocjacjami, którego przedmiotem jest: „Usługa grupowego ubezpieczenia na życie pracowników Sieć Badawcza Łukasiewicz- Instytutu Logistyki i Magazynowania oraz członków ich rodzin”:

1. **Składamy ofertę** na realizację przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w Specyfikacji Warunków Zamówienia, na następujących warunkach:

**Zamówienie podstawowe:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis** | **Cena netto** | **Stawka VAT % - jeśli dotyczy** | **Cena brutto** |
|  | Miesięczna składka za jednego Ubezpieczonego – zakres I | ……………………… zł | ……………………… | ……………………… zł |
|  | Miesięczna składka za jednego Ubezpieczonego – zakres II | ……………………… zł | ……………………… | ……………………… zł |
|  | Miesięczna składka za 85\* Ubezpieczonych w zakresie I | ……………………… zł | ……………………… | ……………………… zł |
|  | Miesięczna składka za 85\* Ubezpieczonych w zakresie II | ……………………… zł | ……………………… | ……………………… zł |
|  | Łączna składka miesięczna za zakres I i zakres II - suma pozycji 3) i 4) | ……………………… zł | ……………………… | ……………………… zł |
|  | **Łączna składka za zakres I i zakres II – pozycja 5 przemnożona przez 18 miesięcy** | ……………………… zł | ……………………… | ……………………… zł |

\* założona, szacunkowa liczba Ubezpieczonych, zgodnie z OPZ

**Prawo opcji:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis** | **Cena netto** | **Stawka VAT % - jeśli dotyczy** | **Cena brutto** |
|  | **40% zamówienia podstawowego czyli wart. z pozycji 6** | ……………………… zł | ……………………… | ……………………… zł |

**SUMA ŁĄCZNIE:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis** | **Cena netto** | **Stawka VAT % - jeśli dotyczy** | **Cena brutto** |
|  | **Wartość zamówienia podstawowego (pozycja 6) + prawo opcji (pozycja 7)** | ……………………… zł | ……………………… | ……………………… zł |

**Obligatoryjny zakres ubezpieczenia:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową** | **Minimalna suma ubezpieczenia** **– Zakres I** | **Minimalna suma ubezpieczenia** **– Zakres II** |
| 1. | Zgon Ubezpieczonego | 80 000,00 zł | 100 000,00 zł |
| 2. | Zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku [NW]: | 160 000,00 zł | 200 000,00 zł |
| 3. | Zgon Ubezpieczonego wskutek NW komunikacyjnego: | 220 000,00 zł | 300 000,00 zł |
| 4. | Zgon Ubezpieczonego wskutek NW w pracy: | 220 000,00 zł | 300 000,00 zł |
| 5. | Zgon Ubezpieczonego wskutek NW komunikacyjnego w pracy: | 300 000,00 zł | 400 000,00 zł |
| 6. | Zgon Ubezpieczonego wskutek udaru mózgu albo zawału serca: | 85 000,00 zł | 150 000,00 zł |
| 7. | Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku NW: | 60 000,00 zł | 100 000,00 zł |
| (600,00 zł / 1%) | (1 000,00 zł / 1%) |
| 8. | Trwała niezdolność Ubezpieczonego do pracy w wyniku NW lub choroby: | 50 000,00 zł | 50 000,00 zł |
| 9. | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego: | 10 000,00 zł | 15 000,00 zł |
| 10. | Operacja chirurgiczna Ubezpieczonego | Dla najwyższej (najbardziejpoważnej) klasy operacji:2 500 zł Dla najniższej (najmniejpoważnej) klasy operacji:500 zł | Dla najwyższej (najbardziejpoważnej) klasy operacji:5 000 zł Dla najniższej (najmniejpoważnej) klasy operacji:500 zł |
| 11. | Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego: | 3 000,00 zł | 5 000,00 zł |
| 12. | Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu: |
| 1. wskutek NW (trwający min.1 dobę) od 1. do 14. dnia / dzień
 | 200,00 zł | 250,00 zł |
| 1. wskutek NW (trwający min.1 dobę) od 15. do 180. dnia / dzień
 | 100,00 zł | 125,00 zł |
| 1. z przyczyn innych niż NW, w tym wskutek zawału serca bądź udaru mózgu

od 1. do 180. dnia / dzień | 60,00 zł | 100,00 zł |
| 1. pobyt na OIOM - świadczenie jednorazowe
 | 1 000,00 zł | 1 000,00 zł |
| 13. | Urodzenie dziecka Ubezpieczonego: | 2 000,00 zł | 2 000,00 zł |
| 14. | Urodzenie martwego dziecka Ubezpieczonego / Zgon noworodka: | 4 500,00 zł | 4 500,00 zł |
| 15. | Osierocenie dziecka Ubezpieczonego (świadczenie przyznawane każdemu dziecku Ubezpieczonego, które nie ukończyło 25 roku życia, bez względu na to, czy kontynuuje naukę, czy nie): | 5 200,00 zł | 5 200,00 zł |
| 16. | Zgon dziecka Ubezpieczonego: | 4 500,00 zł | 4 500,00 zł |
| 17. | Poważne zachorowanie dziecka Ubezpieczonego: | 3 000,00 zł | 3 000,00 zł |
| 18. | Zgon współmałżonka / partnera Ubezpieczonego: | 23 000,00 zł | 23 000,00 zł |
| 19. | Zgon współmałżonka / partnera Ubezpieczonego w następstwie NW: | 50 000,00 zł | 50 000,00 zł |
| 20. | Zgon rodzica Ubezpieczonego / teścia Ubezpieczonego: | 3 000,00 zł | 3 000,00 zł |
| 21. | Ubezpieczenie lekowe / karta apteczna | ----- | 300,00 zł |

**Fakultatywny zakres ubezpieczenia:**

W ramach złożonej oferty, akceptujemy poniższe rozszerzenia zakresu ochrony:

***(prosimy zaznaczyć właściwe)***:

1) Skrócenie wymaganego minimalnego okresu pobytu w szpitalu z przyczyn innych niż NW, niezbędnego do uruchomienia wypłaty świadczenia z tyt. pobytu w szpitalu – **w zakresie I i zakresie II**:

 TAK, do jednej doby (jedna zmiana daty)

 TAK, do dwóch dób (dwie zmiany daty)

 NIE

2) Skrócenie wymaganego minimalnego okresu pobytu w szpitalu, niezbędnego do uruchomienia wypłaty świadczenia z tyt. ubezpieczenia lekowego / przyznania karty aptecznej – **w zakresie II**:

 TAK, do jednej doby (jedna zmiana daty)

 TAK, do dwóch dób (dwie zmiany daty)

 NIE

3) Rozszerzenie zakresu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego o nowotwór złośliwy przedinwazyjny (in situ), **zarówno w zakresie I jak i zakresie II.**

TAK, świadczenie w wysokości 20% świadczenia przysługującego z tyt. poważnego zachorowania

TAK, świadczenie w wysokości 10% świadczenia przysługującego z tyt. poważnego zachorowania

NIE

1. **Oświadczamy**, **iż** **sumy gwarancyjne**, **sumy ubezpieczenia oraz limity są zgodnie z SWZ. Oświadczamy, że niezależnie od zapisów ogólnych warunków ubezpieczenia, świadczenie będzie odpowiadało wartościom minimalnych sum ubezpieczenia wskazanych w SWZ.**
2. **Oświadczamy**, że zapoznaliśmy się i akceptujemy w całości wszystkie warunki określone i zawarte w Specyfikacji Warunków Zamówienia.
3. **Oświadczamy**, że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.
4. **Składamy** **ofertę** na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w Specyfikacji Warunków Zamówienia, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i projektowanymi postanowieniami umowy.
5. **Oświadczamy**, że zapoznaliśmy się z projektowanymi postanowieniami umowy, określonymi w  Specyfikacji Warunków Zamówienia i **zobowiązujemy się**, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w Specyfikacji Warunków Zamówienia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
6. **Oświadczamy**, że powyższe ceny brutto zawierają wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.
7. **Oświadczamy**, że numer rachunku bankowego wskazany w dokumencie potwierdzającym zawarcie ochrony ubezpieczeniowej wystawianym do przedmiotowej umowy należy do Wykonawcy i jest::

a) rachunkiem rozliczeniowym, wskazanym w zgłoszeniu identyfikacyjnych lub zgłoszeniu aktualizacyjnym i potwierdzonym przy wykorzystaniu STIR, dla którego zgodnie z Rozdziałem 3a ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. Prawo bankowe (Dz.U. z 2020 r. poz. 1896‚ z późn. zm.) prowadzony jest rachunek VAT lub

b) rachunkiem powiązanym z rachunkiem rozliczeniowym, wskazanym w zgłoszeniu identyfikacyjnych lub zgłoszeniu aktualizacyjnym i potwierdzonym przy wykorzystaniu STIR, dla którego zgodnie z Rozdziałem 3a ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. Prawo bankowe (Dz.U. z 2020 r. poz. 1896‚ z późn. zm.) prowadzony jest rachunek VAT. Rachunek powiązany stanowi rachunek wirtualny stosowany przez Wykonawcę w celu zautomatyzowania rozliczeń, którego użycie powoduje, że system bankowy sam rozpoznaje wszystkie parametry przelewu i automatycznie księguje wpłaty na rachunek główny (rozliczeniowy) prowadzony na rzecz Wykonawcy. Jest to rachunek „techniczny” powiązany z rachunkiem głównym, którym jest rachunek rozliczeniowy zamieszczony w Wykazie podatników VAT.

1. **Oświadczamy**, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
2. Następującą część zamówienia **powierzamy/nie powierzamy**[[1]](#footnote-1) do wykonania wymienionym poniżej podwykonawcom:

|  |  |
| --- | --- |
| Część zamówienia: | Podwykonawca (ze wskazaniem firmy): |
|  |  |
|  |  |

1. **Oświadczamy**, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres wskazany w dokumentach niniejszego postępowania.
2. **Oświadczamy**, że niniejsza oferta zawiera na stronach nr od \_\_\_\_ do \_\_\_\_ informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.

UWAGA - W przypadku utajnienia oferty Wykonawca nie później niż w terminie składania ofert zobowiązany jest wykazać, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w szczególności określając, w jaki sposób zostały spełnione przesłanki, o których mowa w art. 11 ust. 2 ustawy z 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.

1. Wskazuję, że dokumenty potwierdzające, że osoba działająca w imieniu Wykonawcy jest umocowana do jego reprezentowani znajdują się w formie elektronicznej pod następującymi adresami internetowych ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych (niepotrzebne skreślić, jeśli dotyczy):
* KRS: https://ekrs.ms.gov.pl/web/wyszukiwarka-krs/strona-glowna/
* CEIDG: https://prod.ceidg.gov.pl/CEIDG/CEIDG.Public.UI/Search.aspx
* Inne:….......................................................................\*

                          proszę podać dostęp

\* Jeżeli dokument rejestrowy jest dostępny w formie elektronicznej w innej bazie danych niż KRS lub CEIDG Wykonawca zobowiązany jest do podania miejsca i nazwy bazy danych skąd Zamawiający taki dokument może w sposób ogólnodostępny i bezpłatny pobrać.

Jeżeli dokument rejestrowy nie jest dostępny w formie elektronicznej pod ww. adresami internetowych ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych – do oferty należy załączyć właściwy dokument rejestrowy.

1. Wraz z ofertą **składamy** następujące oświadczenia i dokumenty:

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

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

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

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

(podpis osoby uprawnionej do

składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy )

Miejscowość ...................................... dnia ............................

*Informacja dla Wykonawcy:*

*Formularz oferty musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę*

1. Skreślić nieodpowiednie. [↑](#footnote-ref-1)