**ZAŁĄCZNIK nr 3 do SIWZ**

# FORMULARZ OFERTOWY - WZÓR

**Numer sprawy: PO VII WB 261.2.2020**

**Dane dotyczące Wykonawcy:**

Nazwa .............................................................................................................................................

Adres siedziby ...................................................................................................................................

NIP:| | | | \_\_ | | | \_\_ | | | \_\_ |

REGON:| | | | | | | | | | |

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

Telefon ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Faks ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Niniejszym przedkładamy naszą ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego, na usługę grupowego ubezpieczenia na życie dla pracowników Prokuratury Okręgowej w Bielsku-Białej i podległych jej jednostek oraz członków ich rodzin.

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami SIWZ (wraz z załącznikami stanowiącymi jej integralną część), akceptujemy jej treść i warunki w niej zawarte i nie wnosimy zastrzeżeń oraz wyrażamy gotowość przystąpienia do zgodnej z SIWZ realizacji zamówienia.
2. Uzyskaliśmy informacje niezbędne do przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia.
3. Akceptujemy Istotne postanowienia umowy, zawarte w **ZAŁĄCZNIKU NR 5** do SIWZ. W przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Cena oferty zawiera wszelkie koszty związane z realizacją niniejszego zamówienia.
5. Osobą uprawnioną do podpisania umowy w imieniu Wykonawcy jest ………................................................................................................................................................(proszę podać imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe).
6. Osobą do kontaktu z Zamawiającym jest

........................................................................................................................................................(proszę podać imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe, tel. kontaktowy i adres e-mail).

1. Oferujemy wykonanie zamówienia zgodnie z wymaganiami SIWZ, w okresie od 01.01.2021 roku
do 31.12.2022 roku, w zakresie określonym w tabelach poniżejza cenę oferty w złotych polskich, obliczoną zgodnie z postanowieniami Rozdziału 15 SIWZ „Opis sposobu obliczania ceny”:

|  |  |
| --- | --- |
|  cena brutto w PLN (wartość liczbowa) | słownie cena brutto w PLN |
|  |  |

1. Oferujemy następujący zakres ubezpieczenia i wysokość świadczeń dla ubezpieczonych:
2. zakres ubezpieczenia i wysokość świadczeń dla ubezpieczonych w WARIANCIE I:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ŚWIADCZENIA | Minimalna wysokość świadczenia w PLN | Wysokość świadczenia wg oferty Wykonawcy w PLN | Waga(w pkt.) |
| **ŚWIADCZENIA OBLIGATORYJNE** |  |  |  |
| 1 | Zgon ubezpieczonego | 75 000  |  | 8 |
| 2 | Zgon ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku \* | 150 000  |  | 4 |
| 3 | Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego \*\* | 190 000 |  | 4 |
| 4 | Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy \*\* | 170 000 |  | 2 |
| 5 | Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy \*\* | 211 000 |  | 2 |
| 6 | Zgon ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu \* | 75 000  |  | 2 |
| 7 | Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie NW - za 1% trwałego uszczerbku | 610  |  | 8 |
| 8 | Trwały uszczerbek na zdrowiu w spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu - za 1% trwałego uszczerbku | 510  |  | 8 |
| 9 | Całkowita trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie NW  | 12 000  |  | 3 |
| 10 | Całkowita trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie choroby | 12 000  |  | 3 |
| 11 | Poważne zachorowanie ubezpieczonego | 10 000  |  | 8 |
| 12 | Operacje chirurgiczne spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą | 4 550  |  | 5 |
| 13 | Leczenie szpitalne: |   |  |  |
| za każdy dzień pobytu w szpitalu spowodowany chorobą do 14 dnia | 96  |  | 2 |
| za każdy dzień pobytu w szpitalu spowodowany chorobą powyżej 14 dni | 96  |  | 1 |
| za każdy dzień pobytu w szpitalu wskutek NW do 14 dnia | 240  |  | 2 |
| za każdy dzień pobytu w szpitalu wskutek NW powyżej 14 dni | 96  |  | 2 |
| za każdy dzień pobytu w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu do 14 dnia | 96  |  | 2 |
| za każdy dzień pobytu w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu powyżej 14 dni | 96  |  | 1 |
| za każdy dzień pobytu w szpitalu wskutek NW komunikacyjnego do 14 dnia | 240  |  | 2 |
| za każdy dzień pobytu w szpitalu wskutek NW komunikacyjnego powyżej 14 dni | 96  |  | 1 |
| za każdy dzień pobytu w szpitalu wskutek NW przy pracy do 14 dnia | 240  |  | 2 |
| za każdy dzień pobytu w szpitalu wskutek NW przy pracy powyżej 14 dni | 96  |  | 1 |
| za każdy dzień pobytu w szpitalu wskutek NW przy pracy w wypadku komunikacyjnym do 14 dnia | 240  |  | 2 |
| za każdy dzień pobytu w szpitalu wskutek NW przy pracy w wypadku komunikacyjnym powyżej 14 dni | 240  |  | 1 |
| 14 | Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu na OIOM | 240  |  | 1 |
| 15 | Zgon małżonka | 18 000  |  | 2 |
| 16 | Zgon małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku \* | 33 000  |  | 1 |
| 17 | Zgon małżonka w następstwie wypadku komunikacyjnego \*\* | 33 000  |  | 1 |
| 18 | Poważne zachorowanie małżonka | 3 100  |  | 2 |
| 19 | Zgon rodzica lub teścia | 2 000  |  | 2 |
| 20 | Zgon rodzica lub teścia w następstwie nieszczęśliwego wypadku \* | 2 000  |  | 1 |
| 21 | Zgon dziecka do 25 roku życia | 4 600 |  | 2 |
| 22 | Urodzenie się dziecka | 1 710  |  | 3 |
| 23 | Urodzenie martwego dziecka | 3 420 |  | 1 |
| 24 | Osierocenie dziecka | 5 200  |  | 2 |
| 25 | Leczenie specjalistyczne | 3 000  |  | 2 |
| 26 | Karta apteczna | 200 |  | 1 |
| **ŚWIADCZENIA FAKULTATYWNE** |  |  |  |
| 27 | Pobyt małżonka w szpitalu | TAK/NIE |  | 1/0 |
| 28 | Pobyt dziecka w szpitalu | TAK/NIE |  | 1/0 |
| 29 | Assistance Medyczny | TAK/NIE |  | 1/0 |

1. zakres ubezpieczenia i wysokość świadczeń dla ubezpieczonych w WARIANCIE II:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ŚWIADCZENIA | Minimalna wysokość świadczenia w PLN | Wysokość świadczenia wg oferty Wykonawcy w PLN | Waga(w pkt.) |
| **ŚWIADCZENIA OBLIGATORYJNE** |  |  |  |
| 1 | Zgon ubezpieczonego | 120 000  |  | 10 |
| 2 | Zgon ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku \* | 240 000  |  | 5 |
| 3 | Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego \*\* | 250 000 |  | 5 |
| 4 | Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy \*\* | 250 000 |  | 3 |
| 5 | Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy \*\* | 270 000 |  | 3 |
| 6 | Zgon ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu \* | 120 000  |  | 4 |
| 7 | Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie NW - za 1% trwałego uszczerbku | 810  |  | 10 |
| 8 | Trwały uszczerbek na zdrowiu w spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu - za 1% trwałego uszczerbku | 810  |  | 10 |
| 9 | Całkowita trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie NW  | 27 000  |  | 4 |
| 10 | Całkowita trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie choroby | 27 000  |  | 4 |
| 11 | Poważne zachorowanie ubezpieczonego | 22 200  |  |  |
| 12 | Operacje chirurgiczne spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą | 7 050  |  | 7 |
| 13 | Leczenie szpitalne: |   |  |  |
| za każdy dzień pobytu w szpitalu spowodowany chorobą do 14 dnia | 105 |  | 3 |
| za każdy dzień pobytu w szpitalu spowodowany chorobą powyżej 14 dni | 105 |  | 1 |
| za każdy dzień pobytu w szpitalu wskutek NW do 14 dnia | 405  |  | 3 |
| za każdy dzień pobytu w szpitalu wskutek NW powyżej 14 dni | 105 |  | 3 |
| za każdy dzień pobytu w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu do 14 dnia | 305 |  | 3 |
| za każdy dzień pobytu w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu powyżej 14 dni | 105 |  | 1 |
| za każdy dzień pobytu w szpitalu wskutek NW komunikacyjnego do 14 dnia | 240  |  | 3 |
| za każdy dzień pobytu w szpitalu wskutek NW komunikacyjnego powyżej 14 dni | 105 |  | 1 |
| za każdy dzień pobytu w szpitalu wskutek NW przy pracy do 14 dnia | 605 |  | 3 |
| za każdy dzień pobytu w szpitalu wskutek NW przy pracy powyżej 14 dni | 105 |  | 1 |
| za każdy dzień pobytu w szpitalu wskutek NW przy pracy w wypadku komunikacyjnym do 14 dnia | 605 |  | 3 |
| za każdy dzień pobytu w szpitalu wskutek NW przy pracy w wypadku komunikacyjnym powyżej 14 dni | 815  |  | 2 |
| 14 | Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu na OIOM | 1 060  |  | 2 |
| 15 | Leczenie specjalistyczne | 5 000  |  | 2 |
| 16 | Karta apteczna | 200 |  | 1 |
| **ŚWIADCZENIA FAKULTATYWNE** |  |  |  |
| 17 | Pobyt małżonka w szpitalu | TAK/NIE |  | 1/0 |
| 18 | Pobyt dziecka w szpitalu | TAK/NIE |  | 1/0 |
| 19 | Assistance Medyczny | TAK/NIE |  | 1/0 |

1. Oświadczam, że wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług / Oświadczam, że wybór oferty będzie prowadzić do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług i wskazuję nazwę (rodzaj) usługi, których świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazuję ich wartość bez kwoty podatku\*

………………………………………………………………………………..

\* niepotrzebne skreślić

1. Nie zamierzam(y) powierzać żadnej części niniejszego zamówienia podwykonawcom / następujące części niniejszego zamówienia zamierzam(y) powierzyć podwykonawcom\*:

|  |  |
| --- | --- |
| Firma podwykonawcy*(o ile jest to wiadome, proszę podać wykaz proponowanych podwykonawców)* | Wskazanie części zamówienia |
|  |  |

\* niepotrzebne skreślić

1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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) (Dz. Urz. UE
L 119 z 04.05.2016, str. 1) dalej „RODO” wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

\* *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)*

1. Załącznikami do niniejszej oferty, stanowiącymi jej integralną część są następujące dokumenty:
2. Ogólne warunki ubezpieczenia/Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia (podać rodzaj warunków ubezpieczenia i datę uchwalenia/wejścia w życie)
3. Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu
4. Tabela operacji chirurgicznych
5. Warunki indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia

…………………………....................

*miejscowość i data*

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

*podpis osoby (osób) upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy, zgodnie z dokumentem potwierdzającym posiadanie uprawnień do występowania w obrocie prawnym lub udzielonym pełnomocnictwem*