

.....
(Pieczęć Wykonawcy / Wykonawców)

FORMULARZ OFERTOWY

WYKONAWCA:

(w przypadku składania oferty przez Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy podać nazwy (firmy) oraz dokładne adresy wszystkich Wykonawców)

Nazwa:

Siedziba:

Numer REGON:

Numer NIP:

Numer KRS:

reprezentowany przez:

Nr telefonu/faks:

Osoba do kontaktu:

Nr tel.:

Adres poczty
elektronicznej:

ZAMAWIAJĄCY:

**Centrum Usług Wspólnych
ul. Pomorska 6, 98-235 Błaszki**

Odpowiadając na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym na:

**„Ubezpieczenie grupowe na życie pracowników, współmałżonków
oraz pełnoletnich dzieci pracowników Centrum Usług Wspólnych i
jednostek oświatowych Gminy Błaszki”**

oferujemy wykonanie usług objętych zamówieniem, zgodnie z wymogami zawartymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, za cenę łączną:

..... **PLN, słownie złotych:**

/usługa zwolniona z podatku VAT zgodnie z art. 43 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług – tekst jednolity Dz. U. z 2016 r., poz. 710 z późn. zm./

wynikającą z wypełnionego formularza cenowego, zawartego poniżej.

Termin wykonania zamówienia: Zamówienie publiczne należy realizować w terminie 36 miesięcy począwszy od 01.03.2017 r.

Termin związania ofertą i warunki płatności **zgodne z postanowieniami SIWZ**

1. Składka miesięczna łącznie za 1 osobę – Grupa nr 1:	
2. Łączna cena oferty – Grupa nr 1 (składka miesięczna łącznie za 1 osobę x 36 miesięcy x maksymalna przewidywana liczba osób – 200 osób):	
3. Składka miesięczna łącznie za 1 osobę – Grupa nr 2:	
4. Łączna cena oferty – Grupa nr 2 (składka miesięczna łącznie za 1 osobę x 36 miesięcy x maksymalna przewidywana liczba osób – 80 osób):	
5. Składka miesięczna łącznie za 1 osobę – Grupa nr 3:	
6. Łączna cena oferty – Grupa nr 3 (składka miesięczna łącznie za 1 osobę x 36 miesięcy x maksymalna przewidywana liczba osób – 64 osoby):	
5. Łączna cena oferty – Grupa nr 1, Grupa nr 2 oraz Grupa nr 3 (suma pozycji: 2 + 4+6)	

- akceptujemy następujące klauzule dodatkowe i inne postanowienia szczególne fakultatywne

Klauzule dodatkowe i inne postanowienia szczególne fakultatywne	Akceptacja
Klauzula obniżenia karencji	
Klauzula zniesienia karencji	
Definicja zawału serca	
Klauzula dodatkowa świadczenia z tytułu wystąpienia choroby śmiertelnej	
Klauzula rozszerzająca katalog poważnych zachorowań Ubezpieczonego	
Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby	
Klauzula minimalnego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby	
Klauzula minimalnego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu	
Klauzula rozszerzająca definicję dziecka	
Klauzula dodatkowego świadczenia z tytułu trwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy	
Grupa nr 1	

Grupa nr 2	
Grupa nr 3	
Klauzula dodatkowa zwrotu kosztów zakupu leków	
Grupa nr 1	
Grupa nr 2	
Grupa nr 3	
Klauzula pomocy medycznej – wariant podstawowy	
Klauzula pomocy medycznej – wariant rozszerzony	
Klauzula zagranicznej konsultacji medycznej	
Klauzula dodatkowej gwarancji indywidualnej kontynuacji	
Klauzula dodatkowych zniżek indywidualnych	

W kolumnie „Akceptacja” w wierszu dotyczącym akceptowanej klauzuli lub postanowienia szczególnego proszę wpisać słowo „Tak” w przypadku przyjęcia danej klauzuli lub postanowienia szczególnego oraz słowo „Nie” w przypadku nie przyjęcia. Brak słowa „Tak” lub „Nie” uznany zostanie jako niezaakceptowanie danej klauzuli lub postanowienia szczególnego. W przypadku przyjęcia danej klauzuli lub postanowienia szczególnego, lecz w innej wersji niż podana w niniejszej specyfikacji, Zamawiający nie przyzna punktów dodatkowych.

- oferujemy następujące wysokości świadczeń:

L.p.	Zakres świadczeń – Grupa nr 1	Wymagana minimalna wysokość świadczenia	Oferowana wysokość świadczenia przez Wykonawcę
1	Śmierć Ubezpieczonego	45 000,00 zł	
2	Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	90 000,00 zł	
3	Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego	135 000,00 zł	
4	Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy	135 000,00 zł	
5	Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy	180 000,00 zł	
6	Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	80 000,00 zł	
7	Śmierć współmałżonka	12 500,00 zł	
8	Śmierć współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	22 500,00 zł	
9	Śmierć rodziców lub teściów	2 200,00 zł	
10	Śmierć dziecka	4 000,00 zł	
11	Urodzenie się dziecka	1 200,00 zł	
12	Urodzenie martwego dziecka	2 400,00 zł	
13	Osierocenie dziecka	5 000,00 zł	

14	Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (za 1% uszczerbku)	460,00 zł	
15	Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w zawału serca lub udaru mózgu (za 1% uszczerbku)	440,00 zł	
16	Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	6 000,00 zł	
17	Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego	2 000,00 zł	
18	Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego	6 050,00 zł	
19	Pobyt Ubezpieczonego na OIOM	660,00 zł	
20	Rekonwalescencja Ubezpieczonego	30,00 zł	
Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu od 1 do 14 dni			
21	Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą	60,00 zł	
22	Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z zawałem serca lub udarem mózgu	160,00 zł	
23	Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku	200,00 zł	
24	Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego	270,00 zł	
25	Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku w pracy	270,00 zł	
26	Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego w pracy	330,00 zł	
Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni			
27	Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą	60,00 zł	
28	Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku	60,00 zł	

L.p.	Zakres świadczeń – Grupa nr 2	Wymagana minimalna wysokość świadczenia	Oferowana wysokość świadczenia przez Wykonawcę
1	Śmierć Ubezpieczonego	50 000,00 zł	
2	Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	100 000,00 zł	
3	Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego	150 000,00 zł	
4	Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy	150 000,00 zł	
5	Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy	200 000,00 zł	
6	Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	85 000,00 zł	
7	Śmierć współmałżonka	15 000,00 zł	
8	Śmierć współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	25 000,00 zł	
9	Śmierć rodziców lub teściów	2 200,00 zł	
10	Śmierć dziecka	4 000,00 zł	
11	Urodzenie się dziecka	1 200,00 zł	
12	Urodzenie martwego dziecka	2 400,00 zł	
13	Osierocenie dziecka	5 000,00 zł	

14	Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (za 1% uszczerbku)	500,00 zł	
15	Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w zawału serca lub udaru mózgu (za 1% uszczerbku)	450,00 zł	
16	Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	7 000,00 zł	
17	Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego	2 500,00 zł	
18	Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego	6 050,00 zł	
19	Pobyt Ubezpieczonego na OIOM	660,00 zł	
20	Rekonwalescencja Ubezpieczonego	32,50 zł	
Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu od 1 do 14 dni			
21	Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą	65,00 zł	
22	Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z zawałem serca lub udarem mózgu	160,00 zł	
23	Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku	200,00 zł	
24	Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego	270,00 zł	
25	Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku w pracy	270,00 zł	
26	Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego w pracy	330,00 zł	
Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni			
27	Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą	65,00 zł	
28	Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku	65,00 zł	

L.p.	Zakres świadczeń – Grupa nr 3	Wymagana minimalna wysokość świadczenia	Oferowana wysokość świadczenia przez Wykonawcę
1	Śmierć Ubezpieczonego	55 000,00 zł	
2	Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	110 000,00 zł	
3	Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego	165 000,00 zł	
4	Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy	165 000,00 zł	
5	Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy	220 000,00 zł	
6	Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	85 000,00 zł	
7	Śmierć współmałżonka	15 000,00 zł	
8	Śmierć współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	25 000,00 zł	
9	Śmierć rodziców lub teściów	2 200,00 zł	
10	Śmierć dziecka	4 000,00 zł	
11	Urodzenie się dziecka	100,00 zł	
12	Urodzenie martwego dziecka	200,00 zł	
13	Osierocenie dziecka	5 000,00 zł	

14	Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (za 1% uszczerbku)	500,00 zł	
15	Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w zawału serca lub udaru mózgu (za 1% uszczerbku)	450,00 zł	
16	Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	7 000,00 zł	
17	Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego	2 500,00 zł	
18	Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego	6 050,00 zł	
19	Pobyty Ubezpieczonego na OIOM	660,00 zł	
20	Rekonwalescencja Ubezpieczonego	32,50 zł	
Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu od 1 do 14 dni			
21	Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą	65,00 zł	
22	Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z zawałem serca lub udarem mózgu	160,00 zł	
23	Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku	200,00 zł	
24	Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego	270,00 zł	
25	Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku w pracy	270,00 zł	
26	Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego w pracy	330,00 zł	
Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni			
27	Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą	65,00 zł	
28	Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku	65,00 zł	

Uwaga: W kolumnie „Oferowana wysokość sumy ubezpieczenia” w wierszu dotyczącym danej Grupy należy wpisać wartość proponowanej sumy ubezpieczenia. Brak wpisanej wartości sumy ubezpieczenia oznacza zaakceptowanie wartości minimalnej. Wpisanie wartości niższej niż wymagana minimalna wysokość sumy ubezpieczenia w danej pozycji będzie oznaczało niezaakceptowanie warunku obligatoryjnego, a tym samym oferta będzie podlegała odrzuceniu.

.....
 (podpis(y) osób uprawnionych do reprezentowania
 Wykonawcy zgodnie z dokumentami rejestrowymi
 lub wskazanych w pełnomocnictwie)

....., dnia
 (miejsowość i data)

Oświadczamy, że:

- 1) zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń,
- 2) zdobyliśmy konieczne informacje dotyczące realizacji zamówienia oraz przygotowania i złożenia oferty,

--	--	--

Sposób reprezentowania Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia (Pełnomocnik) na potrzeby niniejszego zamówienia jest następujący:

Imię i nazwisko:

Stanowisko:

Telefon / Faks

Numer NIP:

Zakres:

1) do reprezentowania w postępowaniu*

2) do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy*

** niepotrzebne skreślić*

(wypełniają jedynie Wykonawcy składający ofertę wspólną)

Załącznikami do niniejszej oferty są następujące dokumenty :

Lp.	Wyszczególnienie	Nr strony

Zastrzeżenie:

Załączniki nr nie mogą być udostępnione, ponieważ zawierają informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.

.....
*(podpis(y) osób uprawnionych do reprezentowania
 Wykonawcy zgodnie z dokumentami rejestrowymi
 lub wskazanych w pełnomocnictwie)*

....., dnia
(miejsowość i data)