**Numer sprawy: 1A/ZP/AT/2021**

**ZAŁĄCZNIK nr 2 do SWZ**

# FORMULARZ OFERTOWY – WZÓR

**Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego na usługę grupowego ubezpieczenia na życie dla pracowników Filharmonii Śląskiej im. Henryka Mikołaja Góreckiego w Katowicach oraz członków ich rodzin - II.**

**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 podstawowym z możliwością negocjacji zgodnie z art. 275 ust 2 ustawy Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2019 r. ze zm.), na usługę grupowego ubezpieczenia na życie pracowników Filharmonii Śląskiej im. Henryka Mikołaja Góreckiego w Katowicach oraz członków ich rodzin.

Oświadczamy, że:

1. Zapoznaliśmy się z warunkami SWZ (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 SWZ realizacji zamówienia.
2. Uzyskaliśmy informacje niezbędne do przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia.
3. Akceptujemy Istotne postanowienia umowy, zawarte w ZAŁĄCZNIKU NR 4 do SWZ. W przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Wszystkie dokumenty w ofercie są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
5. Część zamówienia, którą zamierzamy powierzyć podwykonawcom obejmuje:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Podwykonawcami będą:

………………………………………………………………………………………….. (proszę podać firmę podwykonawcy)

………………………………………………………………………………………….. (proszę podać firmę podwykonawcy)

1. Jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
2. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#footnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.[[2]](#footnote-2)
3. Cena oferty zawiera wszelkie koszty związane z realizacją niniejszego zamówienia.
4. Osobą uprawnioną do podpisania umowy w imieniu Wykonawcy jest ……….................................................................................................................................................(proszę podać imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe).
5. 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 SWZ, w okresie od **01.11.2021 roku   
   do 31.10.2024 roku**, w zakresie określonym w tabelach poniżejza jednostkową składkę miesięczną za jednego ubezpieczonego w poszczególnych WARIANTACH w wysokości:

**Składka dla WARIANTU I**

Cena brutto: ………....... w PLN / za 1 osobę / za 1 miesiąc

(słownie: …..………………………................................................................................... PLN)

**Składka dla WARIANTU II**

Cena brutto: ………....... w PLN / za 1 osobę / za 1 miesiąc

(słownie: …..………………………................................................................................... PLN)

**Cena brutto oferty**, będąca sumą jednostkowych składek miesięcznych za jednego ubezpieczonego   
w WARIANCIE I, WARIANCIE II **wynosi:**

……………….................................................………………………………………………………………brutto PLN

(słownie: …………………..........……….................................................................................................. PLN).

**Oferujemy następujący zakres ubezpieczenia i wysokość świadczeń dla ubezpieczonych   
w WARIANCIE I:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres ubezpieczenia** | **Minimalna wysokość świadczenia w PLN** | **Wysokość świadczenia**  **wg oferty Wykonawcy**  **w PLN** | **Punktacja** |
| **1** | Śmierć ubezpieczonego | 100 000 |  | 7 |
| **2** | Śmierć ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 300 000 |  | 5 |
| **3** | Śmierć ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu | 150 000 |  | 5 |
| **4** | Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy | 400 000 |  | 3 |
| **5** | Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego | 400 000 |  | 3 |
| **6** | Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy | 510 000 |  | 2 |
| **7** | Świadczenie za 1% trwałego uszczerbku w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 1 000 |  | 5 |
| **8** | Świadczenie za 1% trwałego uszczerbku w następstwie wypadku przy pracy | 2 000 |  | 5 |
| **9** | Świadczenie za 1% trwałego uszczerbku w następstwie zawału serca lub udaru mózgu | 1 000 |  | 5 |
| **10** | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | 15 000 |  | 5 |
| **11** | Całkowita trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie nieszczęśliwego wypadku i wskutek choroby | 20 000 |  | 5 |
| **12** | Leczenie szpitalne: |  |  |  |
| za każdy dzień pobytu w szpitalu spowodowany chorobą | 100 |  | 2 |
| za każdy dzień pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku przez 92 dni | 200 |  | 2 |
| za każdy dzień pobytu w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu przez pierwsze 14 dni pobytu | 200 |  | 2 |
| za każdy dzień pobytu w szpitalu wskutek wypadku przy pracy i wskutek wypadku komunikacyjnego przez pierwsze 14 dni pobytu | 250 |  | 2 |
| za każdy dzień pobytu w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego przy pracy przez pierwsze 14 dni pobytu | 350 |  | 2 |
| **13** | Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu na OIOM | 1 000 |  | 2 |
| **14** | Świadczenie za dzień rekonwalescencji | 100 |  | 1 |
| **15** | Śmierć małżonka | 20 000 |  | 3 |
| **16** | Śmierć małżonka wskutek NW | 40 000 |  | 2 |
| **17** | Śmierć małżonka wskutek NW komunikacyjnego | 60 000 |  | 1 |
| **18** | Śmierć rodzica lub teścia | 2 500 |  | 2 |
| **19** | Śmierć rodzica lub teścia wskutek NW | 2 500 |  | 1 |
| **20** | Śmierć dziecka do 25 roku życia | 20 000 |  | 2 |
| **21** | Śmierć dziecka do 25 roku życia wskutek NW | 40 000 |  | 1 |
| **22** | Urodzenie się dziecka | 2 000 |  | 2 |
| **23** | Urodzenie martwego dziecka | 4 000 |  | 1 |
| **24** | Urodzenie się dziecka w wyniku ciąży mnogiej | 2 000 |  | 0,5 |
| **24’** | Urodzenie się dziecka z wada wrodzoną | 2 000 |  | 0,5 |
| **25** | Urodzenie się dziecka z niską punktacją w skali Apgar, poniżej 6 punktów | 2 000 |  | 1 |
| **26** | Osierocenie dziecka | 10 000 |  | 2 |
| **27** | Poważne zachorowanie małżonka | 10 000 |  | 2 |
| **28** | Leczenie specjalistyczne | 10 000 |  | 5 |
| **29** | Leczenie szpitalne dziecka |  |  |  |
| - za każdy dzień pobytu w szpitalu w skutek NW przez pierwsze 14 dni pobytu | 100 |  | 1 |
| - za każdy dzień pobytu w szpitalu w skutek NW po 14 dniu pobytu i za pobyt w szpitalu spowodowany chorobą | 50 |  | 1 |
| **30** | Choroba nowotworowa | 10 000 |  | 5 |
| **31** | Assistance medyczny | TAK |  | 1 |
|  |  |  |  |  |
|  | **ŚWIADCZENIA FAKULTATYWNE** |  |  |  |
| **32** | Poważne zachorowanie dziecka | 3 000 |  | 2/0 |
| **33** | Pobyt w szpitalu małżonka: choroba/NW | 100/50 |  | 1/0 |
| **MAKSYMALNA Miesięczna składka za jednego ubezpieczonego** | | **58,00 zł** |  |  |

**Oferujemy następujący zakres ubezpieczenia i wysokość świadczeń dla ubezpieczonych   
w WARIANCIE II:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres ubezpieczenia** | **Minimalna wysokość świadczenia w PLN** | **Wysokość świadczenia**  **wg oferty Wykonawcy**  **w PLN** | **Punktacja** |
| **1** | Śmierć ubezpieczonego | 180 000 |  | 8 |
| **2** | Śmierć ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 300 000 |  | 6 |
| **3** | Śmierć ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu | 200 000 |  | 6 |
| **4** | Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy | 450 000 |  | 5 |
| **5** | Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego | 450 000 |  | 5 |
| **6** | Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy | 610 000 |  | 4 |
| **7** | Świadczenie za 1% trwałego uszczerbku w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 1 500 |  | 5 |
| **8** | Świadczenie za 1% trwałego uszczerbku w następstwie wypadku przy pracy | 2 000 |  | 5 |
| **9** | Świadczenie za 1% trwałego uszczerbku w następstwie zawału serca lub udaru mózgu | 1 500 |  | 6 |
| **10** | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | 22 000 |  | 6 |
| **11** | Operacje chirurgiczne: |  |  | 5 |
| Grupa I | 10 000 |
| Grupa II | 7 500 |
| Grupa III | 5 000 |
| Grupa IV | 2 500 |
| Grupa V | 1 250 |
| **12** | Całkowita trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie nieszczęśliwego wypadku i wskutek choroby | 50 000 |  | 7 |
| **13** | Leczenie szpitalne: |  |  |  |
| za każdy dzień pobytu w szpitalu spowodowany chorobą | 140 |  | 2 |
| za każdy dzień pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku przez 92 dni | 250 |  | 2 |
| za każdy dzień pobytu w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu przez pierwsze 14 dni pobytu | 240 |  | 2 |
| za każdy dzień pobytu w szpitalu wskutek wypadku przy pracy i wskutek wypadku komunikacyjnego przez pierwsze 14 dni pobytu | 350 |  | 2 |
| za każdy dzień pobytu w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego przy pracy przez pierwsze 14 dni pobytu | 550 |  | 2 |
| **14** | Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu na OIOM | 1 500 |  | 2 |
| **15** | Świadczenie za dzień rekonwalescencji | 150 |  | 1 |
| **16** | Śmierć rodzica lub teścia | 2 000 |  | 2 |
| **17** | Śmierć rodzica lub teścia wskutek NW | 2 000 |  | 1 |
| **18** | Urodzenie się dziecka | 2 000 |  | 2 |
| **19** | Urodzenie martwego dziecka | 4 000 |  | 1 |
| **20** | Osierocenie dziecka | 10 000 |  | 1 |
| **21** | Leczenie specjalistyczne | 10 000 |  | 4 |
| **22** | Choroba nowotworowa | 18 000 |  | 4 |
| **23** | Assistance medyczny | TAK |  | 1 |
|  | **ŚWIADCZENIA FAKULTATYWNE** |  |  |  |
| **24** | Poważne zachorowanie dziecka | 3 000 |  | 2/0 |
| **25** | Pobyt w szpitalu dziecka: choroba/NW | 100/50 |  | 1/0 |
| **MAKSYMALNA Miesięczna składka za jednego ubezpieczonego** | | **64,00 zł** |  |  |

**Załącznikami do niniejszej oferty, stanowiącymi jej integralną część są następujące dokumenty:**

1. Ogólne warunki ubezpieczenia/Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia (podać rodzaj warunków ubezpieczenia i datę uchwalenia/wejścia w życie) Zał. nr ……………..
2. Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu Zał. nr ……………..
3. Tabela operacji chirurgicznych Zał. nr ……………..
4. Warunki indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia Zał. nr ................
5. Kartę produktu ubezpieczenia Zał. nr ................
6. ………………………………………………………………….................................... Zał. nr ................
7. ………………………………………………………………….................................... Zał. nr ................
8. ………………………………………………………………….................................... Zał. nr ................

Oferta nie zawiera / zawiera\* (\*niepotrzebne skreślić) informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Informacje takie zawarte są w następujących dokumentach:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Miejscowość i data .......................................

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

(imię i nazwisko osoby upoważnionej

do reprezentowania Wykonawcy)

1. Rozporządzenie 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1). [↑](#footnote-ref-1)
2. 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 przekreśla punkt siódmy Załącznika nr 2 do SWZ. [↑](#footnote-ref-2)