Załącznik nr 4 do SWZ

# O F E R T A

**na usługę ubezpieczenia grupowego na życie i zdrowie dla pracowników**

Sieci Badawczej Łukasiewicz-

Przemysłowy Instytut Automatyki i Pomiarów PIAP

Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego w trybie

podstawowym

Znak KZP/04/2023

## DANE WYKONAWCY

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

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

Adres............................................................................................................................................

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

NIP ……………………………………………………………………………..

Telefon..........................................................................................................................................

Email ..............................................................................................................................................

**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

Wykonawca jest:

* mikro
* małym
* średnim przedsiębiorcą

(zaznaczyć właściwe)

Ubiegając się o udzielenie zamówienia publicznego na usługę ubezpieczenia grupowego

1. SKŁADAMY OFERTĘ na realizację przedmiotu zamówienia w zakresie określonym

w Specyfikacji Warunków Zamówienia oraz OPZ, na następujących warunkach:

1. Wysokość składki z tytułu ubezpieczenia grupowego na życie i zdrowie za Pracownika *(miesięcznie)* wynosi: ………………………… zł brutto

Słownie: ………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Cena zamówienia = Składka miesięczna za Wariant PIAP x 244 *(przewidywana ilość ubezpieczonych)* x 36 miesięcy = ……………………………. zł brutto

Słownie: …………………………………………………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **TABELA ŚWIADCZEŃ** | **WARIANT PIAP**  *(wysokość świadczeń w zł)* |
|  | Śmierć ubezpieczonego | 16 000 |
|  | Śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku\* | 32 000 |
|  | Śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego\* | 48 000 |
|  | Śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku przy pracy\* | 48 000 |
|  | Śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy\* | 64 000 |
|  | Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku  - za 1% trwałego uszczerbku | 170 |
|  | Śmierć małżonka | 16 000 |
|  | Śmierć małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku\* | 32 000 |
|  | Śmierć rodziców lub rodziców małżonka ubezpieczonego | 1 900 |
|  | Urodzenie się dziecka | 800 |
|  | Urodzenie martwego dziecka | 1 600 |
|  | Poważne zachorowania ubezpieczonego | 5 500 |
|  | Poważne zachorowania małżonka ubezpieczonego | 1 500 |
|  | Operacje chirurgiczne – suma ubezpieczenia (katalog co najmniej 500 rodzajów operacji) | 3 500 |
| 15. | Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby – *stawka wypłacana za każdy dzień pobytu, po co najmniej 2 dniowym pobycie; max. za 180 dni* | 50 |
| 16. | Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku - *stawka wypłacana za każdy dzień pobytu przez pierwsze 14 dni, po co najmniej 1 dniowym pobycie w szpitalu/ stawka za dzień po 14 dniach pobytu; max. za 180 dni* | 125 / 50 |
| 17. | Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku przy pracy - *stawka wypłacana za każdy dzień pobytu przez pierwsze 14 dni, po co najmniej 1 dniowym pobycie w szpitalu /stawka za dzień po 14 dniach pobytu; max. za 180 dni* | 150 / 50 |
| 18. | Pobyt Ubezpieczonego na OIOM/OIT – jednorazowo | 500 |
| 19. | Leczenie specjalistyczne | 2 000 |
| 20. | Pakiet „Zdrowie” | Tak |

**\* Uwaga! Podane w tabeli wysokości świadczeń są wartościami skumulowanymi**

**KLAUZULE DODATKOWO PUNKTOWANE – fakultatywne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa klauzuli** | **Liczba punktów** | **„Tak” lub „Nie”** |
| 1. | Klauzula dotycząca wypłaty świadczenia z tytułu ciężkiej choroby | **1 punkt** | **……………………** |
| 2. | Klauzula dotycząca skrócenia okresu wyłączenia odpowiedzialności z tytułu samobójstwa | **1 punkt** | **……………………** |
| 3. | Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność o pakiet Assistance zgodny z OWU Wykonawcy | **1 punk** | **……………………** |
| 4. | Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność terytorialną ubezpieczyciela za świadczenie z tytułu operacji chirurgicznych | **1 punkt** | **……………………** |
| 5. | Klauzula uprawniająca do zniżek marketingowych w wybranych ubezpieczeniach majątkowych | **1 punkt** | **……………………** |
| 6. | Klauzula udostępnienia systemu do obsługi programu ubezpieczeniowego | **1 punkt** | **……………………** |
| 7. | Klauzula szybkiej realizacji świadczeń: | Max. 4 punkty |  |
|  | Możliwość zgłaszania świadczeń za pośrednictwem Internetu (brak wymogu wysyłania dokumentacji medycznej i wymaganych dokumentów w formie papierowej). Wykonawca zobowiązany jest do stosowania powszechnie obowiązujących przepisów prawa regulujących zasady uzyskiwania wglądu do dokumentacji medycznej ubezpieczonego, w szczególności uzyskania uprzedniej zgody osoby ubezpieczonej na wgląd do dokumentacji medycznej | **2 punkty** | **………………….** |
|  | Możliwość zgłaszania świadczeń w jednostkach Wykonawcy zlokalizowanych na terenie Polski | **2 punkty** | **…………………** |
| 8. | Klauzula minimalnego katalogu operacji chirurgicznych | **2 punkty** |  |

1. Składka z tytułu ubezpieczenia grupowego na życie i zdrowie będzie opłacana miesięcznie.
2. Składka, zakres ubezpieczenia oraz wysokości świadczeń określone w ofercie pozostaną bez zmian przez okres obowiązywania umowy ubezpieczenia.
3. Osoba/y do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie umowy:
4. ………………………., telefon: ………………, e-mail: ………………….,
5. ………………………., telefon: ………………, e-mail: ………………….,
6. Wykonawca oświadcza, że zapoznał się z warunkami postępowania, uzyskał wszystkie informacje niezbędne do oszacowania ryzyka, przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz, że nie wnosi żadnych zastrzeżeń do Specyfikacji Warunków Zamówienia wraz z wszystkimi załącznikami. Wykonawca oświadcza również, że zapoznał się z postanowieniami Umowy i w pełni akceptuje jej treść.
7. Wykonawca oświadcza, że jest związany niniejszą ofertą przez okres wskazany w Specyfikacji Warunków Zamówienia.
8. Wskazane w niniejszym Formularzu ofertowym OWU lub inne wzorce umowy będą mieć zastosowanie do zawartej umowy tylko w kwestiach nieuregulowanych w SWZ, a w odniesieniu do zakresu preferowanego w kwestiach nieokreślonych w niniejszym Formularzu ofertowym. W przypadku sprzeczności treści OWU lub innych wzorców umowy z postanowieniami określonymi w SWZ lub w Formularzu ofertowym strony związane są postanowieniami określonymi w SWZ lub w Formularzu ofertowym.

2. OŚWIADCZAMY, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia, OPZ i akceptujemy wszystkie warunki tam zawarte.

3. OŚWIADCZAMY, że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego

przygotowania i złożenia niniejszej oferty.

4. OŚWIADCZAMY, że jesteśmy związani niniejszą ofertą od dnia upływu terminu

składania ofert do dnia ……………………………………….…

5. OŚWIADCZAMY, że zapoznaliśmy się z Projektowanymi Postanowieniami Umowy, określonymi w Załączniku nr 6 do Specyfikacji Warunków Zamówienia i ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach w nich określonych.

6. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art.14 RODO2 wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

1. Zamierzamy powierzyć podwykonawcom realizację następujących części zamówienia\*………………………………………………………………….(\* jeśli dotyczy – dolączyć zobowiąznie podmiotu trzeciego do oferty)

8. SKŁADAMY ofertę na …….. stronach.

9. Wraz z ofertą SKŁADAMY następujące oświadczenia i dokumenty:

1. oświadczenie dot. przesłanek wykluczenia z postępowania i spełnienia warunków udziału w postępowaniu
2. dokumenty, z których wynika prawo do podpisania oferty, lub wskazanie miejsca (dokładnego adresu strony, z której Zamawiający może je pobrać ………………\*\* lub odpowiedniego pełnomocnictwa (jeżeli dotyczy)
3. zobowiązanie podmiotu trzeciego (jeżeli dotyczy)
4. ……..

……… dnia ……..2023 r.

*Informacja dla Wykonawcy:*

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

*\* 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 Wykonawca nie składa oświadczenia (usunięcie treści oświadczenia następuje np. przez jego wykreślenie).*

*\*\* wskazać adres strony internetowej*

Załącznik nr 5 do SWZ

Wykonawca:

…………………………………….

…………………………………….

…………………………………….

…………………………………….

(pełna nazwa/firma, adres,

w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

…………………………………….

…………………………………….

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**Oświadczenie Wykonawcy**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

Prawo zamówień publicznych (dalej jako: Pzp) **DOTYCZĄCE PODSTAW WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.

Usługa ubezpieczenia grupowego dla pracowników KZP/04/2023 oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 oraz art. 7 ust.1 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa.

. …………….……. (miejscowość), dnia r.

…………………………………………

(podpis)

**Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania**

na podstawie art. ….. ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2, 5 lub 6 ustawy Pzp) lub 109 ustawy. Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

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

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

…………….……. (miejscowość), dnia r.

…………………………………………

(podpis)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. (miejscowość), dnia r.

…………………………………………

(podpis)