**Załącznik Nr 1 do SIWZ**

 Pieczęć Wykonawcy

………………………………….

……………………………………

(data)

NIP: …………………..….…………………………

REGON: ……….……………….………………………

Nr telefonu: ……….……………….………………………

Nr fax: ……….……………….………………………

e-mail: ……….……………….………………………

**O F E R T A**

**Zamawiający:**

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie** z siedzibą:
41-500 Chorzów, ul. Strzelców Bytomskich 11, KRS: 0000011939, NIP: 627-19-23-530; REGON: 271503410;

Odpowiadając na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym na: **„Ubezpieczenie grupowe na życie pracowników, współmałżonków w tym partnerów życiowych oraz pełnoletnich dzieci pracowników Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie**

**Oferujemy**

wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z wymogami zawartymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia,
za cenę:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia (opis) | **Wartość** w zł (składka na 1 osobę z danej Grupy: I, II., III ) | **Wartość oferty w zł** (łączna wartość składek osób z danej Grupy: I , II lub III.) |
| 1 | Składka miesięczna łącznie za 1 osobę w zł – Grupa nr 1: |  |  |
| 2 | **Łączna cena oferty – Grupa 1** (składka miesięczna łącznie za 1 osobę x 36 miesięcy X maksymalna przewidywana liczba osób – 900 osób) w zł |  |  |
| 3 | Składka miesięczna łącznie za 1 osobę – Grupa nr 2: |  |  |
| 4 | **Łączna cena oferty – Grupa 2** (składka miesięczna łącznie za 1 osobę x 36 miesiące X maksymalna przewidywana liczba osób – 100 osób) w zł |  |  |
| 5 | Składka miesięczna łącznie za 1 osobę – Grupa nr 3: |  |  |
| 6 | **Łączna cena oferty – Grupa 3** (składka miesięczna łącznie za 1 osobę x 36 miesięcy X maksymalna przewidywana liczba osób – 400 osób) w zł |  |  |
| Łączna cena oferty – Grupa nr 1 i Grupa nr 2 i Grupa nr 3 w zł (suma wierszy: 2. + 4 + 6) |  |  |

**UWAGA**.

Do oceny w tym kryterium będzie brana pod uwagę łączna cena oferty sporządzona w oparciu o przedstawioną składkę miesięczną. Podane wartości służą jedynie dokonaniu wyboru najkorzystniejszej oferty – rzeczywista wartość może ulec zmianie i zależy od ilości ubezpieczonych.

**Łączna cena oferty słownie złotych** [przepisać z wiersza 7 tabeli powyżej] ................................................................zł

(usługa zwolniona z podatku VAT zgodnie z załącznikiem nr 4 do ustawy z dnia 11.03.2004 r. o podatku od towarów i usług – Dz. U. z 2004 r. Nr 54, poz. 535, z późn. zm., o którym mowa w Dziale VIII, Rozdz. 2, art. 43)

**cd. formularza ofertowego** (Załącznika nr 1 do SIWZ) – strona 2
**Oferujemy następujące wysokości świadczeń**:

**Grupa I**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Świadczenie z tytułu** | Minimalna wysokośćświadczenia w zł | **OFEROWANA WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA w zł** |
|  | Zgon ubezpieczonego  | 36 000 |  |
|  | Zgon ubezpieczonego w wyniku zawału lub udaru mózgu – świadczenie dodatkowe | 36 000 |  |
|  | Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – świadczenie dodatkowe | 36 000 |  |
|  | Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w pracy – świadczenie dodatkowe | 36 000 |  |
|  | Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego – świadczenie dodatkowe | 36 000 |  |
|  | Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego w pracy – świadczenie dodatkowe | 36 000 |  |
|  | Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub w wyniku zawału lub udaru mózgu, Za 1% trwałego uszczerbku w wyniku NW  | 540 |  |
|  | Osierocenie dziecka | 5 400 |  |
|  | Śmierć Małżonka ubezpieczonego | 15 000 |  |
|  | Śmierć Małżonka ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku– świadczenie dodatkowe | 15 000 |  |
|  | Śmierć dziecka | 4 600 |  |
|  | Śmierć rodziców lub teściów ubezpieczonego | 2 400 |  |
|  | Niezdolność do pracy  | 12 000 |  |
|  | Niezdolność do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku (świadczenie dodatkowe) | 12 000 |  |
|  | Urodzenie dziecka | 2 300 |  |
|  | Urodzenie martwego dziecka – świadczenie dodatkowe | 2 300 |  |
|  | Ciężka choroba Ubezpieczonego | 5 000 |  |
|  | Operacje chirurgiczne | 5 000 |  |
|  | Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu do 14 dni |   |  |
| a) | w związku chorobą | 60 |  |
| b) | w związku z zawałem lub udarem mózgu – świadczenie dodatkowe | 96 |  |
| c) | w związku z nieszczęśliwym wypadkiem – świadczenie dodatkowe | 120 |  |
| d) | W związku z nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym lub wypadkiem przy pracy – świadczenie dodatkowe | 144 |  |
| e) | W związku z nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym przy pracy – świadczenie dodatkowe | 180 |  |
|  | Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni |   |  |
| a) | w związku chorobą | 60 |  |
| b) | w związku z zawałem lub udarem mózgu – świadczenie dodatkowe | 60 |  |
| c) | w związku z nieszczęśliwym wypadkiem – świadczenie dodatkowe | 60 |  |
| d) | W związku z nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym lub wypadkiem przy pracy – świadczenie dodatkowe | 96 |  |
| e) | W związku z nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym przy pracy – świadczenie dodatkowe | 120 |  |
|  | OIT świadczenie jednorazowe | 600 |  |
|  | Dzienne świadczenie dodatkowe za każdy dzień z tytułu pobytu na OIOM/OIT od 1 do 14 dnia | 24 |  |
|  | Świadczenie za dzień rekonwalescencji (świadczenie za 1 dzień zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital po min. 14 dnia pobytu w szpitalu | 30 |  |
|  | Klauzula dobrowolna Świadczenie lekowe | TAK/NIE |  |
|  | Klauzula dobrowolna Zapewnienie prawa do dożywotniej kontynuacji na tych samych warunkach  | TAK/NIE |  |

**Uwaga**: w kolumnie „Oferowana wysokość świadczenia przez Wykonawcę” w wierszu dotyczącym danego rodzaju świadczenia proszę wpisać wartość proponowanej wysokości świadczenia a w przypadku klauzul fakultatywnych proszę wpisać tak w przypadku akceptacji lub nie w przypadku braku akceptacji. Brak wpisanej wartości świadczenia oznacza zaakceptowanie wartości minimalnej. Wpisanie wartości niższej niż wymagana minimalna wysokość świadczenia w danej pozycji będzie oznaczało niezaakceptowanie warunku wymaganego, a tym samych oferta będzie podlegała odrzuceniu.

Brak wpisania TAK lub NIE dla klauzul fakultatywnych Zamawiający uzna za brak akceptacji i nie przyzna punktów.

**cd. formularza ofertowego** (Załącznika nr 1 do SIWZ) ) – strona 3
**Grupa II**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Świadczenie z tytułu** | Minimalna wysokośćświadczenia w zł | **OFEROWANA WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA w zł** |
|  | Zgon ubezpieczonego  | 27 000 |  |
|  | Zgon ubezpieczonego w wyniku zawału lub udaru mózgu – świadczenie dodatkowe | 27 000 |  |
|  | Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – świadczenie dodatkowe | 27 000 |  |
|  | Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w pracy – świadczenie dodatkowe  | 27 000 |  |
|  | Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego – świadczenie dodatkowe | 27 000 |  |
|  | Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego w pracy – świadczenie dodatkowe | 27 000 |  |
|  | Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub w wyniku zawału lub udaru mózgu Za 1% trwałego uszczerbku w wyniku NW  | 450 |  |
|  | Osierocenie dziecka | 4 400 |  |
|  | Śmierć Małżonka ubezpieczonego | 11 000 |  |
|  | Śmierć Małżonka ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – świadczenie dodatkowe | 11 000 |  |
|  | Śmierć dziecka  | 3 300 |  |
|  | Śmierć rodziców lub teściów ubezpieczonego | 2 200 |  |
|  | Niezdolność do pracy  | 11 000 |  |
|  | Niezdolność do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku (świadczenie dodatkowe) | 11 000 |  |
|  | Urodzenie dziecka | 1 700 |  |
|  | Urodzenie martwego dziecka – świadczenie dodatkowe | 1 700 |  |
|  | Ciężka choroba Ubezpieczonego | 3 600 |  |
|  | Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu do 14 dni |   |  |
| a) | w związku chorobą | 60 |  |
| b) | w związku z zawałem lub udarem mózgu – świadczenie dodatkowe | 60 |  |
| c) | w związku z nieszczęśliwym wypadkiem – świadczenie dodatkowe | 96 |  |
| d) | W związku z nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym lub wypadkiem przy pracy – świadczenie dodatkowe | 120 |  |
| e) | W związku z nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym przy pracy – świadczenie dodatkowe | 144 |  |
|  | Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni |   |  |
| a) | w związku chorobą | 60 |  |
| b) | w związku z zawałem lub udarem mózgu – świadczenie dodatkowe | 60 |  |
| c) | w związku z nieszczęśliwym wypadkiem – świadczenie dodatkowe | 60 |  |
| d) | W związku z nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym lub wypadkiem przy pracy – świadczenie dodatkowe | 96 |  |
| e) | W związku z nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym przy pracy – świadczenie dodatkowe | 120 |  |
|  | OIT świadczenie jednorazowe | 600 |  |
|  | Dzienne świadczenie dodatkowe za każdy dzień z tytułu pobytu na OIOM/OIT od 1 do 14 dnia | 24 |  |
|  | Świadczenie za dzień rekonwalescencji (świadczenie za 1 dzień zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital po min. 14 dnia pobytu w szpitalu | 30 |  |
|  | Klauzula dobrowolna Świadczenie lekowe | TAK/NIE |  |
|  | Klauzula dobrowolna Zapewnienie prawa do dożywotniej kontynuacji na tych samych warunkach   | TAK/NIE |  |

**Uwaga**: w kolumnie „Oferowana wysokość świadczenia przez Wykonawcę” w wierszu dotyczącym danego rodzaju świadczenia proszę wpisać wartość proponowanej wysokości świadczenia a w przypadku klauzul fakultatywnych proszę wpisać tak w przypadku akceptacji lub nie w przypadku braku akceptacji. Brak wpisanej wartości świadczenia oznacza zaakceptowanie wartości minimalnej. Wpisanie wartości niższej niż wymagana minimalna wysokość świadczenia w danej pozycji będzie oznaczało niezaakceptowanie warunku wymaganego, a tym samych oferta będzie podlegała odrzuceniu.

Brak wpisania TAK lub NIE dla klauzul fakultatywnych Zamawiający uzna za brak akceptacji i nie przyzna punktów.

**cd. formularza ofertowego** (Załącznika nr 1 do SIWZ) ) – strona 4
**Grupa III**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Świadczenie z tytułu** | Minimalna wysokośćświadczenia w zł | **OFEROWANA WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA w zł** |
|  | Zgon ubezpieczonego  | 105 000 |  |
|  | Zgon ubezpieczonego w wyniku zawału lub udaru mózgu – świadczenie dodatkowe | 25 000 |  |
|  | Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – świadczenie dodatkowe | 105 000 |  |
|  | Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w pracy – świadczenie dodatkowe  | 52 500 |  |
|  | Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego – świadczenie dodatkowe | 52 500 |  |
|  | Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego w pracy – świadczenie dodatkowe | 5 000 |  |
|  | Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub w wyniku zawału lub udaru mózgu Za 1% trwałego uszczerbku w wyniku NW  | 420 |  |
|  | Osierocenie dziecka | 4 000 |  |
|  | Śmierć Małżonka ubezpieczonego | 10 500 |  |
|  | Śmierć Małżonka ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – świadczenie dodatkowe | 10 000 |  |
|  | Śmierć dziecka  | 3 000 |  |
|  | Śmierć rodziców lub teściów ubezpieczonego | 2 500 |  |
|  | Niezdolność do pracy  | 6 000 |  |
|  | Niezdolność do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku (świadczenie dodatkowe) | 1 000 |  |
|  | Urodzenie dziecka | 1 500 |  |
|  | Urodzenie martwego dziecka – świadczenie dodatkowe | 1 500 |  |
|  | Ciężka choroba Ubezpieczonego | 6 000 |  |
|  | Operacje chirurgiczne | 6 000 |  |
|  | Specjalistyczne leczenie | 6 000 |  |
|  | Ciężkie zachorowanie małżonka | 6 000 |  |
|  | Utrata zdrowia przez dziecko | 5 000 |  |
|  | Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu do 14 dni |  |  |
| a) | w związku chorobą | 52,5 |  |
| b) | w związku z zawałem lub udarem mózgu – świadczenie dodatkowe | 105 |  |
| c) | w związku z nieszczęśliwym wypadkiem – świadczenie dodatkowe | 157,5 |  |
| d) | W związku z nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym lub wypadkiem przy pracy – świadczenie dodatkowe | 213 |  |
| e) | W związku z nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym przy pracy – świadczenie dodatkowe | 262,5 |  |
|  | Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni |  |  |
| a) | w związku chorobą | 52,5 |  |
| b) | w związku z zawałem lub udarem mózgu – świadczenie dodatkowe | 0 |  |
| c) | w związku z nieszczęśliwym wypadkiem – świadczenie dodatkowe | 0 |  |
| d) | W związku z nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym lub wypadkiem przy pracy – świadczenie dodatkowe | 0 |  |
| e) | W związku z nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym przy pracy – świadczenie dodatkowe | 0 |  |
|  | OIT świadczenie jednorazowe | 525 |  |
|  | Dzienne świadczenie dodatkowe za każdy dzień z tytułu pobytu na OIOM/OIT od 1 do 14 dnia | 0 |  |
|  | Świadczenie za dzień rekonwalescencji (świadczenie za 1 dzień zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital po min. 14 dnia pobytu w szpitalu | 0 |  |
|  | Klauzula dobrowolna Zapewnienie prawa do dożywotniej kontynuacji na tych samych warunkach   | TAK/NIE |  |
|  | Świadczenie lekowe  | TAK |  |

**Uwaga**: w kolumnie „Oferowana wysokość świadczenia przez Wykonawcę” w wierszu dotyczącym danego rodzaju świadczenia proszę wpisać wartość proponowanej wysokości świadczenia a w przypadku klauzul fakultatywnych proszę wpisać tak w przypadku akceptacji lub nie w przypadku braku akceptacji. Brak wpisanej wartości świadczenia oznacza zaakceptowanie wartości minimalnej. Wpisanie wartości niższej niż wymagana minimalna wysokość świadczenia w danej pozycji będzie oznaczało niezaakceptowanie warunku wymaganego, a tym samych oferta będzie podlegała odrzuceniu.

Brak wpisania TAK lub NIE dla klauzul fakultatywnych Zamawiający uzna za brak akceptacji i nie przyzna punktów.

**cd. formularza ofertowego** (Załącznika nr 1 do SIWZ) ) – strona 5

**Termin wykonania zamówienia**: od **01.07.2018 do 30.06.2021**, tj. **36 miesięcy od dnia zawarcia umowy**, nie wcześniej niż od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zawarto umowę z wyłonionym Wykonawcą.

Termin związania ofertą i warunki płatności zgodne z postanowieniami SIWZ.

**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,
3. uważamy się związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni wskazany przez Zamawiającego w specyfikacji istotnych warunków zamówienia,
4. przedstawione w specyfikacji istotnych warunków zamówienia warunki zawarcia umowy zostały przez nas zaakceptowane,
5. wyrażamy zgodę na przyjęcie wszystkich warunków wymaganych przez Zamawiającego dla poszczególnych ryzyk ubezpieczeniowych wymienionych w specyfikacji,
6. oferta została przygotowana na podstawie następujących ogólnych i/lub szczególnych warunków ubezpieczenia:

- …………………………………………………………….…..

- …………………………………………………….…………..

- ………………………………………………….……………..

Załącznikami do niniejszej oferty są następujące dokumenty:

1 ………………………………..

2 ………………………………..

3 ………………………………..

4 ………………………………..

Zastrzeżenie:

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