**ZMODYFIKOWANY Załącznik nr 1 do SIWZ**

**Formularz Ofertowy**

Pełna nazwa Wykonawcy

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

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

Adres Wykonawcy

ul. ................................................. nr ...................

kod pocztowy ............................... miejscowość........................................................

tel. ................................................. fax. ..............................................

REGON ............................................ Numer KRS (jeśli istnieje) ………….…………………………..

NIP ................................................

e-mail: …..................................@................................. http://................................................

Oferta w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego **pn. „Grupowe ubezpieczenia życia i zdrowia pracowników oraz ich rodzin, w tym partnerów życiowych pracowników SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie” SP ZOZ ZSM/ZP/49/2020.**

* + - 1. Oferujemy realizację przedmiotu zamówienia w zakresie objętym specyfikacją istotnych warunków zamówienia (dalej w treści: SIWZ) za maksymalną łączną kwotę:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 –1421osób) 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 – 54 osoby) 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 – 212 osób) w zł |  |  |
| 7 | 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 do porównania i dokonania wyboru najkorzystniejszej oferty – rzeczywista wartość 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)

**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 | 0 |  |
|  | 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 współmałżonka/partnera życiowego ubezpieczonego | 15 000 |  |
|  | Śmierć współmałżonka/partnera życiowego 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 – świadczenie podstawowe | 60 |  |
| b) | w związku z zawałem lub udarem mózgu – świadczenie skumulowane  | 156 |  |
| c) | w związku z nieszczęśliwym wypadkiem – świadczenie skumulowane | 180 |  |
| d) | W związku z nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym lub wypadkiem przy pracy – – świadczenie skumulowane  | 240 |  |
| e) | W związku z nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym przy pracy – świadczenie skumulowane  | 300 |  |
|  | Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni |   |  |
| a) | w związku chorobą – świadczenie podstawowe | 60 |  |
| b) | w związku z zawałem lub udarem mózgu – świadczenie skumulowane | 60 |  |
| c) | w związku z nieszczęśliwym wypadkiem – świadczenie skumulowane | 60 |  |
| d) | W związku z nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym lub wypadkiem przy pracy – świadczenie skumulowane  | 60 |  |
| e) | W związku z nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym przy pracy – – świadczenie skumulowane | 60 |  |
|  | OIT świadczenie jednorazowe | 600 |  |
|  | 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 dniowym pobycie 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.

**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 | 0 |  |
|  | 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 współmałżonka/partnera życiowego ubezpieczonego | 11 000 |  |
|  | Śmierć współmałżonka/partnera życiowego 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 – świadczenie podstawowe | 60 |  |
| b) | w związku z zawałem lub udarem mózgu – świadczenie skumulowane | 120 |  |
| c) | w związku z nieszczęśliwym wypadkiem – świadczenie skumulowane | 156 |  |
| d) | W związku z nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym lub wypadkiem przy pracy – – świadczenie skumulowane  | 180 |  |
| e) | W związku z nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym przy pracy – świadczenie skumulowane  | 204 |  |
|  | Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni |   |  |
| a) | w związku chorobą – świadczenie podstawowe | 60 |  |
| b) | w związku z zawałem lub udarem mózgu – świadczenie skumulowane | 60 |  |
| c) | w związku z nieszczęśliwym wypadkiem – świadczenie skumulowane | 60 |  |
| d) | W związku z nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym lub wypadkiem przy pracy – świadczenie skumulowane | 60 |  |
| e) | W związku z nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym przy pracy –świadczenie skumulowane  | 60 |  |
|  | OIT świadczenie jednorazowe | 600 |  |
|  | 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 dniowym pobycie 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.

**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 | 0 |  |
|  | 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 współmałżonka/partnera życiowego ubezpieczonego | 10 500 |  |
|  | Śmierć współmałżonka/partnera życiowego 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 współmałżonka/partnera życiowego | 6 000 |  |
|  | Utrata zdrowia przez dziecko | 5 000 |  |
|  | Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu do 14 dni |  |  |
| a) | w związku chorobą – świadczenie podstawowe | 52,5 |  |
| b) | w związku z zawałem lub udarem mózgu – świadczenie skumulowane | 105 |  |
| c) | w związku z nieszczęśliwym wypadkiem – świadczenie skumulowane | 210 |  |
| d) | W związku z nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym lub wypadkiem przy pracy – świadczenie skumulowane  | 237,5 |  |
| e) | W związku z nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym przy pracy – świadczenie skumulowane  | 265 |  |
|  | Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni |  |  |
| a) | w związku chorobą – świadczenie podstawowe | 52,5 |  |
| b) | w związku z zawałem lub udarem mózgu – świadczenie skumulowane | 52,5 |  |
| c) | w związku z nieszczęśliwym wypadkiem – świadczenie skumulowane | 52,5 |  |
| d) | W związku z nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym lub wypadkiem przy pracy – świadczenie skumulowane | 52,5 |  |
| e) | W związku z nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym przy pracy – świadczenie skumulowane  | 52,5 |  |
|  | 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 dniowym pobycie 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

* + - 1. Cena oferty:
		1. przenosi podatek VAT na Zamawiającego w wartości……………zł \*.
		2. nie przenosi podatku VAT na Zamawiającego \*.

\* niepotrzebny podpunkt (a lub b) skreślić lub właściwy zaznaczyć

***(W przypadku nie skreślenia lub nie zaznaczenia żadnego podpunktu Zamawiający przyjmuje, że Wykonawca nie przenosi na Zamawiającego podatku VAT).***

* + - 1. Oświadczamy, że:
				* zapoznaliśmy się z SIWZ i akceptujemy jej treść,
				* spełniamy wszystkie wymagania zawarte w SIWZ i przyjmujemy je bez zastrzeżeń,
				* otrzymaliśmy wszystkie konieczne informacje potrzebne do przygotowania oferty,
			2. Oświadczamy, że wszystkie złożone przez nas dokumenty są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym, a w przypadku dołączenia do oferty dokumentów o których mowa w pkt. **5.11** SIWZ oświadczamy iż są aktualne na dzień złożenia.
			3. Oświadczamy, że uważamy się związani niniejszą ofertą przez okres **60 dni** od upływu terminu składania ofert.
			4. Bez zastrzeżeń przyjmujemy warunki zawarcia umowy przedstawione w SIWZ i w przypadku wybrania naszej oferty jako najkorzystniejszej deklarujemy gotowość podpisania umowy niezwłocznie po upływie 10 dni od przesłania zawiadomienia o wyborze oferty, chyba że zostanie wniesione odwołanie. Przyjmujemy do wiadomości, iż w sytuacji gdy w postępowaniu o udzielenie zamówienia zostanie złożona tylko jedna oferta to Zamawiający będzie mógł zawrzeć umowę przed upływem tego terminu
			5. Oświadczamy, że brak jest podstaw do wykluczenia nas z postępowania w okolicznościach, o których mowa w SIWZ.
			6. Zgodnie z art. 36 a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych oświadczam/y,
			że zamierzamy\* / nie zamierzamy\* powierzyć wykonanie części zamówienia Podwykonawcom.

Opis części zamówienia przewidzianej do wykonania przez Podwykonawcę:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Części zamówienia, które Wykonawca zamierza powierzyć Podwykonawcom (opisać / wskazać zakres) | Podwykonawca(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG) |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |

* + - 1. Zgodnie z przesłankami art. 22a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. – „Prawo zamówień publicznych” **nie korzystamy \*\* / korzystamy \*\* z zasobów udostępnianych przez inne podmioty**, celem potwierdzenia spełnienia warunków udziału w postępowaniu.

Uwaga: Podmiot udostępniający potencjał złożył \*\*/ nie złożył \*\*„Zobowiązanie podmiotu oddającego do dyspozycji Wykonawcy niezbędne zasoby” stanowiące załącznik do oferty (Załącznik nr 6 SIWZ),

Podmiot udostępniający potencjał złożył \*\*/ nie złożył \*\*dokumenty (oświadczenie), o których mowa w punkcie 5.2. a) SIWZ.

(złożył\*\* - jeżeli, udostępnienie potencjału ma wpływ na spełnienie warunków udziału w postępowaniu przez Wykonawcę, który złożył ofertę.

nie złożył\*\* - jeżeli, udostępnienie potencjału nie ma wpływu na spełnienie warunków udziału w postępowaniu przez Wykonawcę, który złożył ofertę.

* + - 1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

 [RODO - 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]

 **Uwaga:** 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 (pkt. 10 Zał. 1) wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

* + - 1. Wyrażamy zgodę na przyjęcie wszystkich warunków wymaganych przez Zamawiającego dla poszczególnych ryzyk ubezpieczeniowych wymienionych w specyfikacji.
			2. Oferta została przygotowana na podstawie następujących ogólnych i/lub szczególnych warunków ubezpieczenia:
* …………………………………..
* …………………………………..
* …………………………………..
	+ - 1. Do kontaktów z Wykonawcą upoważniamy:

Imię, nazwisko: …………………………………

Tel. .....................................................

Adres e-mail ……………………………..………

* + - 1. Wraz z ofertą przedkładamy następujące oświadczenia i dokumenty:

a/....................................................................................................zał. nr ......................

b/....................................................................................................zał. nr ......................

c/....................................................................................................zał. nr .....................

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

Data, miejsce Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania

 Wykonawcy