……………………………………………..

……………………………………………..

……………………………………………..

Nazwa i adres Wykonawcy (Wykonawców)

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. Osobą uprawnioną do kontaktu z Zamawiający jest................................................................................

Nr telefonu/ faxu /e-mail……………………………………………………………………………………………………………………..

Adres do korespondencji……………………………………………………………………………………………………………………...

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami udzielenia zamówienia publicznego na **usługę grupowego ubezpieczenia na życie pracowników Zespołu Opieki Zdrowotnej w Łęczycy oraz członków ich rodzin** zawartymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i **nie wnosimy do nich zastrzeżeń.**
2. Wskazane w niniejszym Formularzu ofertowym OWU lub inne wzorce umowy będą mieć zastosowanie do zawartej umowy tylko w kwestiach nieuregulowanych w SIWZ, 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 SIWZ lub w Formularzu ofertowym strony związane są postanowieniami określonymi w SIWZ lub w Formularzu ofertowym.
3. Składki, zakres ubezpieczenia oraz wysokości świadczeń określone w ofercie pozostaną bez zmian przez okres obowiązywania umowy ubezpieczenia.
4. Informujemy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą w okresie wskazanym w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
5. Akceptujemy treść wzoru umowy – **Załącznik nr 3** **do SIWZ** i zobowiązujemy się, w przypadku wygrania przetargu, do zawarcia umowy ubezpieczenia w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
6. Oferujemy **usługę grupowego ubezpieczenia na życie pracowników Zespołu Opieki Zdrowotnej w Łęczycy oraz członków ich rodzin** zgodnie z warunkami opisanymi w Załączniku nr 1 do SIWZ jako ZAKRES MINIMALNY (obligatoryjny) oraz dodatkowo w zakresie preferowanym (fakultatywnym) zgodnie z niniejszym Załącznikiem nr 4 do SIWZ (pkt 12).
7. Informujemy, że wybór naszej oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego .

*Uwaga: jeżeli wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego należy skreślić powyższe oświadczenie i przedłożyć wykaz zawierający nazwę usługi, której świadczenie będzie prowadzić do jego powstania oraz jej wartość bez kwoty podatku.*

1. Wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia 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), dalej „RODO”, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO.
2. Oświadczamy, że Oferta nie zawiera informacji/zawiera informacje\* stanowiące/ych tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.

(Jeżeli Wykonawca nie zakreśli żadnej z powyższych opcji, Zamawiający przyjmie, że oferta nie zawiera informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa).

**UWAGA: Prosimy o wypełnienie wszystkich wykropkowanych miejsc**

1. **Cena zamówienia**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wariant** | **Cena jednostkowa –** miesięczna składka za jedną ubezpieczoną osobę | **Ilość składek miesięcznych** | **Przewidywana ilość osób ubezpieczonych** | **Cena łączna-** łączna składka ubezpieczeniowa w złotych |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4= 1x2x3 |
| **I** | **……………………** | **24** | **350** | **……………………** |
| **II** | **……………………** | **24** | **200** | **……………………** |
| **Cena łączna za zamówienie:** | | | | **……………………** |

1. **Klauzule fakultatywne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa klauzuli** | **Liczba przyznanych punktów** | **Prosimy wpisać**  **„tak” lub „nie”** |
| 1 | Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność terytorialną ubezpieczyciela za świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu | **1 punkt** | **……………………** |
| 2 | Klauzula dotycząca wypłaty świadczenia z tytułu ciężkiej choroby | **4 punkty** | **……………………** |
| 3 | Klauzula dotycząca skrócenia okresu wyłączenia odpowiedzialności z tytułu samobójstwa | **3 punkty** | **……………………** |
| 4 | Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu w sanatorium | **3 punkty** | **……………………** |
| 5 | Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu w szpitalu o pobyt w związku z leczeniem depresji i nerwicy | **3 punkty** | **……………………** |
| 6 | Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu w szpitalu w związku z chorobą za pobyty krótkotrwałe | **4 punkty** | **……………………** |
| 7 | Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność terytorialną ubezpieczyciela za świadczenie z tytułu operacji chirurgicznych | **1 punkt** | **……………………** |
| 8 | Klauzula rozszerzająca zakres ochrony o pobyt dziecka w szpitalu | **2 punkty** | **……………………** |
| 9 | Klauzula uprawniająca do zniżek marketingowych w wybranych ubezpieczeniach majątkowych | **3 punkty** | **……………………** |
| 10 | Klauzula rozszerzająca zakres o rekonwalescencję | **2 punkty** | **……………………** |
| 11 | Klauzula zastosowania definicji „zawału serca” | **4 punkty** | **……………………** |
| 12 | Klauzula zastosowania definicji „udaru mózgu” | **4 punkty** | **……………………** |
| 13 | Klauzula zastosowania definicji „nowotworu złośliwego” | **4 punkty** | **……………………..** |
| 14 | Klauzula udostępnienia systemu do obsługi programu ubezpieczeniowego | **4 punkty** | **……………………** |
| 15 | Klauzula rozszerzająca ochronę ubezpieczeniową o dodatkowe świadczenie w ramach leczenia specjalistycznego | **2 punkty** | **……………………** |
| 16 | Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność o zdarzenia wypadkowe w związku z amatorskim uprawianiem sportów | **1 punkt** | **……………………** |
| 17 | Klauzula dotycząca ankiet medycznych | **3 punkty** | **……………………** |
| 18 | Klauzula wydłużenia okresu wypłaty za świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu | **2 punkty** | **……………………** |

W kwestiach nieuregulowanych w SIWZ lub niniejszym Formularzu ofertowym do umowy będą mieć zastosowanie poniżej wymienione OWU lub inne wzorce umowy.

*(OWU lub inne wzorce umowy Wykonawcy nie są częścią oferty, a Zamawiający nie będzie badał ich zgodności z treścią SIWZ, nawet jeśli Wykonawca dołączy je do oferty.)*

* 1. …………………………………………….…………………………………………….
  2. …………………………………………….…………………………………………….
  3. …………………………………………….…………………………………………….

**Załączniki do Formularza ofertowego (wypełnić jeśli dotyczy):**

Zamawiający nie uważa za Załączniki do Formularza ofertowego wymaganych oświadczeń lub dokumentów wymienionych w Rozdziale VII SIWZ.