### OFERTA PRZETARGOWA

# Zamawiający : Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Opolu.

Ofertę przetargową składa:

Nazwa i adres wykonawcy : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(adres)*

Tel/fax\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

REGON\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NIP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

W związku z ogłoszeniem postępowania prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego, którego przedmiotem jest **„Usługa grupowego ubezpieczenia na życie pracowników oraz członków ich rodzin”:**

* 1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z warunkami zawartymi w specyfikacji istotnych warunków zamówienia:

1. Oferujemy następującą cenę składki ubezpieczeniowej brutto (VAT zwolniony) miesięcznie za ochronę ubezpieczeniową dla każdego ubezpieczonego w ramach programu grupowego ubezpieczenia na życie:

Wysokość miesięcznej składki za 1 osobę **……….** zł., słownie złotych ………………………………………………………..

1. Oferujemy następujące wysokości świadczeń:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj świadczenia** | **Wymagane, minimalne wartości świadczeń (wartości skumulowane)**  **[PLN]** | **OFERTA WYKONAWCY** |
| **Wartość oferowanego świadczenia (wartości skumulowane) [PLN]** |
| ***1*** | | ***2*** | ***3*** |
| **1.** | **Zgon ubezpieczonego** | **50 000,00** | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| 2. | Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy | 300 000,00 | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| 3. | Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy | 200 000,00 | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| 4. | Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego | 200 000,00 | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| 5. | Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku | 130 000,00 | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| 6. | Zgon ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu | 100 000,00 | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| 7. | Zgon małżonka lub partnera  w wyniku wypadku komunikacyjnego | 60 000,00 | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| 8. | Zgon małżonka lub partnera  w wyniku wypadku | 40 000,00 | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **9.** | **Zgon małżonka lub partnera** | **17 000,00** | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| 10. | Osierocenie dziecka przez ubezpieczonego | 6 000,00 | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| 11. | Zgon dziecka w wyniku wypadku | 10 000,00 | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| 12. | Zgon dziecka | 5 000,00 | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| 13. | Zgon noworodka | 4 000,00 | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| 14. | Zgon rodzica w wyniku wypadku | 5 400,00 | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| 15. | Zgon rodzica małżonka lub partnera w wyniku wypadku | 5 400,00 | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **16.** | **Zgon rodzica** | **2 700,00** | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **17.** | **Zgon rodzica małżonka lub partnera** | **2 700,00** | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **18.** | **Urodzenie się dziecka** | **2 000,00** | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **19.** | **Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku (za 1% uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego)** | **600,00** | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **20.** | **Wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania określonego w Katalogu Poważnych Zachorowań** | **15 000,00** | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **21.** | **Wystąpienie u małżonka lub partnera poważnego zachorowania określonego w Katalogu Poważnych Zachorowań** | **4 000,00** | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| 22. | Wystąpienie u dziecka poważnego zachorowania określonego w Katalogu Poważnych Zachorowań Dziecka | 6 000,00 | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| 23. | Inwalidztwo ubezpieczonego w wyniku wypadku | 50 000,00 | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| 24. | Powstanie niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego | 35 000,00 | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **25.** | **Dzienne świadczenie szpitalne ubezpieczonego za dzień pobytu w wyniku wypadku do 14 dnia** | **170,00** | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **26.** | **Dzienne świadczenie szpitalne ubezpieczonego od 15 dnia pobytu w wyniku wypadku** | **85,00** | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **27.** | **Dzienne świadczenie szpitalne ubezpieczonego za dzień pobytu w wyniku choroby** | **60,00** | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **28.** | **Jednorazowe świadczenie za pobyt na OIOM w wyniku wypadku** | **1 000,00** | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **29.** | **Jednorazowe świadczenie za pobyt na OIOM w wyniku choroby** | **1 000,00** | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| 30. | Dzienne świadczenie szpitalne ubezpieczonego za dzień pobytu w wyniku wypadku komunikacyjnego do 14 dnia | 220,00 | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| 31. | Dzienne świadczenie szpitalne ubezpieczonego od 15 dnia pobytu w wyniku wypadku komunikacyjnego | 110,00 | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| 32. | Dzienne świadczenie szpitalne ubezpieczonego za dzień pobytu w wyniku wypadku przy pracy do 14 dnia | 220,00 | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| 33. | Dzienne świadczenie szpitalne ubezpieczonego od 15 dnia pobytu w wyniku wypadku przy pracy | 110,00 | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| 34. | Dzienne świadczenie szpitalne ubezpieczonego za dzień pobytu w wyniku zawału serca bądź udaru mózgu do 14 dnia | 130,00 | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| 35. | Dzienne świadczenie szpitalne ubezpieczonego od 15 dnia pobytu w wyniku zawału serca bądź udaru mózgu | 95,00 | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| 36. | Świadczenie rehabilitacyjne poszpitalne (za dzień pobytu na zwolnieniu lekarskim) | 30,00 | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **37.** | **Operacje ubezpieczonego** | **kwota bazowa  3 000,00** | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| 38. | Leczenie specjalistyczne ubezpieczonego | kwota bazowa  5 000,00 | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |

*Czcionką pogrubioną oznaczono świadczenia punktowane w kryterium „wysokość świadczeń”*

1. Oferujemy następujące klauzule fakultatywne:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj świadczenia** | **OFERTA WYKONAWCY** |
| **TAK / NIE** |
| *1* | | *2* |
| **1.** | Rozszerzenie zakresu ochrony o ryzyko trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek zawału / udaru ze świadczeniem stanowiącym 75% świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku. | Wybierz element. |
| **2.** | Uwzględnienie dziennego świadczenia rekonwalescencyjnego dla ubezpieczonego w wysokości 50% „dziennego świadczenia szpitalnego wskutek choroby od 15 dnia”. Dzienne świadczenie rekonwalescencyjne płatne przez max. 30 dni po min. 14-stodniowym pobycie w szpitalu. | Wybierz element. |
| **3.** | Rozszerzenie zakresu terytorialnego dla ryzyka pobytu w szpitalu i związanego z nim dziennego świadczenia szpitalnego na cały świat. | Wybierz element. |
| **4.** | Rozszerzenie zakresu terytorialnego dla ryzyka operacji medycznych na UE i/lub strefy Schengen. | Wybierz element. |
| **5.** | Ryczałt na leki: świadczenie pieniężne w kwocie min.200 zł na pokrycie kosztów nabycia przez Ubezpieczonego leków po pobycie w szpitalu, wypłacane wraz z wypłatą świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu (przynajmniej 3 razy w roku polisowym). Wykonawca nie będzie wymagał od Ubezpieczonego przedstawienia rachunków lub recept na zakupione leki. | Wybierz element. |
| **6.** | Wypłata świadczenia z tytułu poronienia w wysokości 30% świadczenia z tytułu urodzenia dziecka. | Wybierz element. |
| **7.** | Wypłata świadczenia w przypadku przeprowadzenia operacji chirurgicznej nie ujętej w zamkniętym katalogu Wykonawcy w kwocie co najmniej równej świadczeniu przewidzianemu dla najniższej klasy / kategorii / grupy operacji. | Wybierz element. |
| **8.** | Rozszerzenie zakresu poważnych zachorowań ubezpieczonego o dodatkowe jednostki chorobowe (powyżej wymaganego minimum).\* | Wybierz element. |
| **9.** | Przyjęcie następującej definicji zawału dla celów ryzyka śmierci oraz trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek zawału: „Wystąpienie martwicy ograniczonego obszaru mięśnia sercowego jako skutek ostrego niedokrwienia rozpoznane i potwierdzone przez lekarza w oparciu o aktualną wiedzę medyczną.” | Wybierz element. |
| **10.** | Przyjęcie następującej definicji udaru dla celów ryzyka śmierci oraz trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek udaru: „Nagłe, ogniskowe lub uogólnione i nieodwracalne uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zmian naczyniowych (wylew krwi do mózgu lub zatrzymanie dopływu krwi do mózgu lub zator), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych, rozpoznane i potwierdzone przez lekarza w oparciu o aktualną wiedzę medyczną, za wyjątkiem epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu lub uszkodzenia mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego urazem zewnętrznym.” | Wybierz element. |
| **11.** | Zniesienie karencji dla osób przystępujących w rocznicę wdrożenia programu (rocznica polisy). | Wybierz element. |
| **12.** | Usługi assistance. | Wybierz element. |
| **13.** | Prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia przez pierwsze 12 miesięcy na warunkach ubezpieczenia grupowego. | Wybierz element. |
| **14.** | Świadczenie za pobyt dziecka w szpitalu w skutek choroby w wysokości 50% świadczenia przysługującego ubezpieczonemu. | Wybierz element. |
| **15.** | Świadczenie za pobyt dziecka w szpitalu w skutek NW w wysokości 50% świadczenia przysługującego ubezpieczonemu. | Wybierz element. |
| **16.** | Okres wyłączenia ochrony ubezpieczeniowej w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie samobójstwa będzie nie dłuższy niż 6 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej. Jeżeli osoba była wcześniej ubezpieczona, to Wykonawca zaliczy do okresu wyłączenia odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku samobójstwa staż Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy grupowego ubezpieczenia na życie, którą Ubezpieczony był objęty. | Wybierz element. |

*\* Należy literalnie wypisać dodatkowe (fakultatywne) jednostki chorobowe w części D formularza.*

1. Oferujemy następujące jednostki chorobowe w ryzyku poważnego zachorowania ubezpieczonego:

* Obligatoryjne, oprócz wymienionych w OPZ:

1. ……………………………
2. ……………………………
3. ……………………………
4. ……………………………
5. ……………………………
6. ……………………………
7. ……………………………
8. ……………………………
9. ……………………………
10. ……………………………

* Fakultatywne:

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

1. Oferujemy następujące jednostki chorobowe w ryzyku poważnego zachorowania dziecka ubezpieczonego (obligatoryjne, oprócz wymienionych w OPZ)
2. ……………………………
3. ……………………………
4. ……………………………
5. ……………………………
6. ……………………………
7. ……………………………
8. ……………………………
   1. Oświadczamy, że w Ogólnych Warunkach Ubezpieczeń, które mają zastosowanie do naszej oferty, następujące nazwy poważnych zachorowań są tożsame z nazwami stosowanymi   
      w OPZ jak niżej:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwy poważnych zachorowań stosowane  w OPZ** | **Nazwy poważnych zachorowań stosowane  w OWU Wykonawcy** |
|
| **Poważne zachorowanie ubezpieczonego:** | | |
| **1.** | nowotwór (guz) złośliwy | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **2.** | zawał serca | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **3.** | udar mózgu | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **4.** | operacja pomostowania naczyń | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **5.** | niewydolność nerek | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **6.** | przeszczepianie narządów | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **7.** | anemia aplastyczna | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **8.** | odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **9.** | borelioza | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **10.** | przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **Poważne zachorowanie dziecka:** | | |
| **1.** | nowotwór (guz złośliwy) | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **2.** | cukrzyca | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **3.** | dystrofia mięśniowa | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |

* 1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia   
     (w tym ze wzorem umowy) i nie wnosimy do niej zastrzeżeń, przyjmujemy warunki   
     w niej zawarte oraz zdobyliśmy informacje niezbędne do właściwego wykonania zamówienia.
  2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w SIWZ   
     tj. 30 dni od upływu terminu składania ofert.
  3. Oświadczamy, że wyrażamy zgodę na przetwarzanie przez Zamawiającego informacji zawierających dane osobowe oraz, że poinformowaliśmy pisemnie i uzyskaliśmy zgodę każdej osoby, której dane osobowe są podane w ofercie oraz w dokumentach składanych wraz ofertą lub będą podane w oświadczeniach lub dokumentach złożonych przez   
     nas w niniejszym postępowaniu.
  4. W przypadku przyznania nam zamówienia, zobowiązujemy się do zawarcia umowy   
     w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
  5. Oświadczamy, że informacje i dokumenty wymienione w ……………, zawarte na stronach od…… do …… stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 11 ustawy   
     z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (tj. Dz. U. z 2019 r. poz. 1010 z póź. zm.) i zastrzegamy, że nie mogą być udostępnione oraz wykazujemy,   
     iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.
  6. Oferta została złożona na \_\_\_stronach, kolejno ponumerowanych od nr \_\_\_ do nr \_\_\_ (wraz z załącznikami).
  7. Informujemy, że wybór naszej oferty[[1]](#footnote-1):

|  |  |
| --- | --- |
| - nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego |  |
| - wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w odniesieniu do następujących towarów lub usług:  ………………………………………………………………………………………….. |  |

* 1. Oświadczamy, że:

przedmiot zamówienia wykonamy siłami własnymi

powierzymy podwykonawcom realizację następujących części zamówienia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa Podwykonawcy** | **Zakres zamówienia** |
| …..... | …..... | …..... |
| …..... | …..... | …..... |
| …..... | …..... | …..... |

* 1. Kategoria przedsiębiorstwa Wykonawcy**[[2]](#footnote-2)**:

małe lub średnie przedsiębiorstwo,

inne

* 1. Nazwisko i imię: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Upoważniony do podpisania niniejszej oferty przetargowej w imieniu:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Uwaga: pełnomocnictwa dla osób podpisujących ofertę dołączyć do oferty.

*Miejscowość i data:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DOKUMENT PODPISANY KWALIFIKOWANYM  
 PODPISEM ELEKTRONICZNYM PRZEZ:**

*…….…………………………………………………………….*

***Podpis osoby upoważnionej***

Niniejsza oferta przetargowa obejmuje następujące załączniki:

*(numerowany wykaz załączników wraz z tytułami)*

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_\_\_

1. Odpowiednie zaznaczyć X: w przypadku nie wskazania żadnej z ww. treści oświadczenia i niewypełnienia powyższego pola oznaczonego: „*należy wskazać nazwę (rodzaj) towaru/usługi, których dostawa/świadczenie będzie prowadzić do jego powstania oraz ich wartość bez kwoty podatku od towarów i usług*” - Zamawiający uzna, że wybór przedmiotowej oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego. [↑](#footnote-ref-1)
2. *Odpowiednie zaznaczyć X. Zgodnie z zaleceniem Komisji Europejskiej z dnia 6.05.2003 r. dot. definicji mikroprzedsiębiorstw, małych i średnich przedsiębiorstw (Dz. Urz. UE L 124 z 20.05.2003, str. 36):*

   *małe przedsiębiorstwo – to przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 mln. EUR;*

   *średnie przedsiębiorstwa – to przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 mln. EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 mln. EUR.* [↑](#footnote-ref-2)