|  |
| --- |
|  |

pieczęć Wykonawcy

**Formularz ofertowy**

1. Osobą uprawnioną do kontaktu z Zamawiającym jest....................................................................................................
2. Nr telefonu/ faxu /e-mail…………………………………………………………………………………………………………
3. Adres do korespondencji……………………………………………………………………………………………………… .…………………………………………………………………………………………………..............
4. Oferujemy ubezpieczenie w terminie wskazanym w SIWZ zgodnie z warunkami zawartymi w części „Zakres ubezpieczenia” – Załącznika nr 1 do SIWZ i niniejszego Załącznika nr 4 do SIWZ, w zakresie:

**Ubezpieczenia grupowego na życie i zdrowie dla pracowników**

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami udzielenia zamówienia publicznego na **usługę ubezpieczenia Przemysłowego Instytutu Automatyki i Pomiarów PIAP,** zawartymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i **nie wnosimy do nich zastrzeżeń.**
2. Klauzule i warunki szczególne zawarte SIWZ i w złożonej ofercie mają pierwszeństwo nad ogólnymi warunkami ubezpieczenia, o ile mają one zastosowanie.
3. Jeżeli w treści OWU znajdują się zapisy dotyczące szerszego zakresu ochrony niż opisany w SIWZ i w złożonej ofercie, to automatycznie zostają one włączone do ochrony ubezpieczeniowej.
4. W pozostałych sprawach nieuregulowanych niniejszą ofertą mają zastosowanie załączone OWU, będące podstawą złożonej oferty.
5. Akceptujemy treść wzoru umowy – **Załącznik nr 3** **do SIWZ** zobowiązujemy się, w przypadku wygrania przetargu, do zawarcia umowy ubezpieczenia w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
6. Wykonawca oświadcza, że jest związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

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

1. **Cena zamówienia**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zakres**  **ubezpieczenia** | **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 |
| **Grupowe ubezpieczenie na życie i zdrowie pracowników** | **……………………** | **24** |  | **……………………** |
| **Cena łączna za zamówienie:** | | | | **……………………** |

12. Tabela świadczeń – grupowe ubezpieczenie na życie pracowników

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.P. | **ZAKRES UBEZPIECZENIA** | **WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ** |
| 1. | Śmierć ubezpieczonego | 16 000,00 zł |
| 2. | Śmierć ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku *(skumulowana wartość świadczenia)* | 32 000,00 zł |
| 3. | Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – świadczenie za 1% uszczerbku | 170,00 zł |
| 4. | Śmierć małżonka ubezpieczonego | 16 000,00 zł |
| 5. | Śmierć małżonka ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku *(skumulowana wartość świadczenia)* | 32 000,00 zł |
| 6. | Urodzenie martwego dziecka | 1 600,00 zł |
| 7. | Urodzenie się dziecka ubezpieczonemu | 800,00 zł |
| 8. | Śmierć rodzica ubezpieczonego i rodzica małżonka ubezpieczonego | 1 900,00 zł |
| 9. | Ciężkie choroby ubezpieczonego  22 stany chorobowe | 5 100,00 zł |
| 10. | Ciężkie choroby współmałżonka ubezpieczonego  17 stanów chorobowych | 1 350,00 zł |
| 11. | Pobyt ubezpieczonego w szpitalu – suma ubezpieczenia:  wskutek nieszczęśliwego wypadku do 14 dni / od 15 dnia  wskutek choroby  dodatkowo jednorazowo pobyt na OIOM min 48 godzin | 9 000,00 zł  90,00 zł / 45,00 zł  45,00 zł  450 zł |
| 12. | Operacje chirurgiczne - **suma ubezpieczenia**  **Katalog co najmniej 400** | 3 500,00 zł |
| 13. | Pakiet „Zdrowie” | Tak |
| **Oferowana wysokość składki:** | | **………,… zł** |

W tabeli został podany minimalny oczekiwany zakres ubezpieczenia, Zamawiający dopuszcza rozszerzenie zakresu ochrony w ramach oczekiwanej składki.

1. **Oferta „Indywidualnej Kontynuacji”**

**Cena oferty „Indywidualnej kontynuacji” - …………..zł za 1.000,00 zł sumy ubezpieczenia.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Obligatoryjny zakres oferty Indywidualnej Kontynuacji** | **Wysokość świadczeń w % su** |
| Śmierć Ubezpieczonego | 100% |
| Śmierć Ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku | 200% |
| Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku | 4% |
| Śmierć współmałżonka | 100% |
| Śmierć dziecka | 30% |
| Śmierć rodzica lub teścia | 20% |
| Urodzenie się dziecka | 10% |
| Urodzenie martwego dziecka | 20% |
| Osierocenie dziecka | 40% |

**Założenia:**

* podana składka będzie stała w czasie trwania umowy indywidualnej kontynuacji i niezależna od wieku osoby indywidualnie kontynuującej
* zakres ochrony nie może ulegać zmianom, chyba że na korzyść osoby indywidualnie kontynuującej
* umowa indywidualnej kontynuacji będzie umową dożywotnią
* suma ubezpieczenie nie będzie przekraczać 20 000,00 zł,
* składka „Indywidualnej kontynuacji” nie przekroczy 5,00 zł za każdy 1 000,00 zł sumy ubezpieczenia.

1. **Obsługa elektroniczna**

**tak / nie \***

**\*) niepotrzebne skreślić**

Zobowiązujemy się do nieodpłatnego udostępnienia Zamawiającemu elektronicznego systemu do obsługi programu ubezpieczeniowego. Poprzez łącze internetowe zapewnimy dokonywanie w drodze elektronicznej przynajmniej następujących czynności:

* prowadzenie ewidencji osób objętych programem ubezpieczenia,
* ewidencjonowanie osób przystępujących do programu ubezpieczenia,
* ewidencjonowanie osób występujących z programu ubezpieczenia,
* rozliczenie składek miesięcznych,
* generowanie wniosku o wypłatę świadczeń umożliwiające jego późniejsze wydrukowanie,
* generowanie wniosku o przejście na indywidualną kontynuację umożliwiające jego późniejsze wydrukowanie,
* ewidencjonowanie zmian danych osobowych osób objętych programem Ubezpieczenia.

W kwestiach powyżej nieuregulowanych do umowy mają zastosowanie następujące ogólne warunki ubezpieczenia:

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

…………………………………………. ……………………………………….

Miejscowość, data Podpis, pieczęć