# Załącznik nr 1

..................................... dnia .......................

Wykonawca/ Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia\*

\* (w przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia w formularzu Oferty należy wpisać wszystkich Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia)

Nazwa:…………………………………………………………………………………..

Województwo:……………………………………………………………………….

Miejscowość:…………………………………………………………………………

Kod pocztowy:………………………………………………………………………

Kraj:……………………………………………………………………………………..

Adres pocztowy (ulic, nr domu i lokalu): ……………………………………………

Tel.:………………………………………..

Fax:………………………………………..

e-mail: ……………………………

**Miejski Ośrodek Sportu i Rekreacji Płock**

**Sp. z o.o.
Plac Celebry Papieskiej 1**

**09-400 Płock**

## *OFERTA*

**nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym poniżej 221 000 euro**

***na grupowe ubezpieczenie pracowników, współmałżonków oraz pełnoletnich dzieci pracowników***

***Miejskiego Ośrodka Sportu i Rekreacji Płock Sp. z o.o.***

składamy niniejszą ofertę i oświadczamy, że oferujemy wykonanie zamówienia na warunkach określonych w specyfikacji istotnych warunków zamówienia:

**za cenę łączną: …………………… PLN**

**Cena łączna została wyliczona zgodnie z poniższą tabelą:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ryzyko** | **Warianty** | **Proponowana składka miesięczna za osobę w PLN** | **Liczba osób do ubezpieczenia (szacowana)** | **Łączna składka miesięczna razem (C x D)** |
| A | B | C | D | E |
| **Grupowe ubezpieczenie****na życie** | **Wariant I** | **…… PLN** | **105** | **……… PLN** |
| **Wariant II** | **…… PLN** | **35** | **……… PLN** |
| **Wariant III** | **…… PLN** | **15** | **……… PLN** |
| **SKŁADKA MIESIĘCZNA RAZEM** (podsumowanie wierszy powyżej w kolumnie E) | **……… PLN** |
| **CENA ŁACZNA** (Składka miesięczna razem x 24 miesiące) | **……… PLN** |

**Wysokość świadczeń (świadczenia skumulowane)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Zakres Ubezpieczenia | **Wariant I** | **Wariant II** | **Wariant III** |
| **Minimalna wymagana wysokość świadczeń w PLN** | **Oferta** | **Minimalna wymagana wysokość świadczeń w PLN** | **Oferta** | **Minimalna wymagana wysokość świadczeń w PLN** | **Oferta** |
| 1 | Zgon Ubezpieczonego (zgon naturalny) | 70 000 |  | 70 000 |  | 100 000 |  |
| **2** |  Zgon Ubezpieczonego w wyniku zawału lub udaru mózgu | 95 000 |  | 95 000 |  | 120 000 |  |
| **3** | Zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku | 140 000 |  | 140 000 |  | 150 000 |  |
| **4** |  Zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy | 185 000 |  | 185 000 |  | 185 000 |  |
| **5** |  Zgon Ubezpieczonego w wypadku komunikacyjnym | 185 000 |  | 185 000 |  | 185 000 |  |
| **6** |  Zgon Ubezpieczonego w wypadku komunik. przy pracy | 230 000 |  | 230 000 |  | 230 000 |  |
| 7 | Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany:- nieszczęśliwym wypadkiem (za każdy 1% uszczerbku) | 550 |  | 550 |  | 550 |  |
| 8 | Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany:- zawałem serca lub udarem mózgu (za każdy 1% uszczerbku) | 300 |  | 300 |  | 300 |  |
| 9 | Zgon małżonka Ubezpieczonego | 15 000 |  | 15 000 |  | 20 000 |  |
| **10** |  Zgon małżonka Ubezpieczonego wskutek NW | 30 000 |  | 30 000 |  | 40 000 |  |
| **11** | Zgon małżonka Ubezpieczonego w wypadku komunikacyjnym | 80 000 |  | 80 000 |  | 80 000 |  |
| 12 |  Zgon rodziców Ubezpieczonego/rodziców małżonka Ubezpieczonego | 2 500 |  | 2 500 |  | 2 500 |  |
| 13 | Zgon rodziców Ubezpieczonego/rodziców małżonka Ubezpieczonego wskutek NW | 7 500 |  | 7 500 |  | 7 500 |  |
| 14 |  Zgon dziecka | 5 000 |  | 5 000 |  | 5 000 |  |
| 15 | Zgon dziecka wskutek NW | 10 000 |  | 10 000 |  | - |  |
| 16 |  Zgon noworodka | - |  | 3 000 |  | - |  |
| 17 |  Urodzenie dziecka | - |  | 1 500 |  | - |  |
| 18 |  Osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego | 5 000 |  | 5 000 |  | - |  |
| **19** |  Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | 9 000 |  | 9 000 |  | 9 000 |  |
| **20** |  Poważne zachorowanie Małżonka Ubezpieczonego | 3 000 |  | 3 000 |  | 3 000 |  |
| **21** |  Poważne zachorowanie Dziecka Ubezpieczonego | 3 000 |  | 3 000 |  | - |  |
| **22** | Trwała niezdolność do pracy | 15 000 |  | 15 000 |  | 20 000 |  |
| **23** |  Leczenie specjalistyczne | 5 000 |  | 5 000 |  | 8 000 |  |
| **24** |  Operacje Chirurgiczne (najniższa możliwa pojedyncza wypłata z tytułu operacji chirurgicznej) | 500 |  | 500 |  | 500 |  |
|  |  **Leczenie szpitalne ubezpieczonego** |  |  |  |
|  | Rozszerzenie odpowiedzialności: RP plus kraje UE | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak |
| 25 |  w związku z chorobą | 80 |  | 80 |  | 100 |  |
| **26** |  w związku z nieszczęśliwym wypadkiem (od 1 do 14 dnia) | 200 |  | 200 |  | 200 |  |
| **27** | w związku z wypadkiem komunikacyjnym (od 1 do 14 dnia) | 240 |  | 240 |  | 240 |  |
| **28** | w związku z wypadkiem przy pracy (od 1 do 14 dnia) | 240 |  | 240 |  | 240 |  |
| **29** | w związku z wypadkiem komunikacyjnym przy pracy(od 1 do 14 dnia pobytu) | 280 |  | 280 |  | 280 |  |
| **30** | w związku z zawałem serca lub udarem mózgu (od 1 do 14 dnia) | 120 |  | 120 |  | 120 |  |
| **31** | w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, wypadkiem komunikacyjnym, przy pracy, zawałem serca lub udarem mózgu (od 15 dnia pobytu) | 80 |  | 80 |  | 80 |  |
| **32** | pobyt na Oddziale Intensywnej Terapii (jednorazowo) | 800 |  | 800 |  | 800 |  |
| **33** | - świadczenie za rekonwalescencję (dziennie) | 40 |  | 40 |  | 40 |  |
|  |  **Prawo do indywidualnej kontynuacji** | **Tak** | **Tak** | **Tak** | **Tak** | **Tak** | **Tak** |

**Klauzule dodatkowe**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr klauzuli** | **Nazwa klauzuli** | **TAK/NIE \*** |
| **1** | Klauzula rozszerzenia listy chorób w ramach świadczenia za poważne zachorowanie ubezpieczonego. |  |
| **Za zaakceptowanie każdej choroby naliczane jest 0,5 pkt. (max 9 pkt.)** |
| Choroba aorty brzusznej |  | Bakteryjne zapalenie mózgu lub opon rdzeniowo-mózgowych |  |
| Choroba aorty piersiowej |  | Zakażona martwica trzustki |  |
| Gruźlica |  | Bakteryjne zapalenie wsierdzia |  |
| Przewlekłe zapalenie wątroby |  | Utrata mowy |  |
| Utrata kończyny wskutek choroby |  | Śpiączka |  |
| Wada serca |  | Paraliż co najmniej dwóch kończyn |  |
| Choroba neuronu ruchowego |  | Ciężki uraz głowy |  |
| Choroba Huntingtona |  | Borelioza |  |
| Bezpłodność spowodowana chorobą |  | Stwardnienie rozsiane |  |
| **2** | Klauzula wydłużenia okresu wypłaty za świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu |  |
| **3** | Klauzula zniesienia karencji  |  |
| **4** | Klauzula wypłaty świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu wskutek choroby |  |
| **5** | Klauzula rozszerzenia zakresu terytorialnego za świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu |  |
| **6** |  Klauzula dodatkowa na wypadek urodzenia się dziecka Ubezpieczonego z Apgar poniżej 5 |  |
| **7** | Klauzula wynagrodzenia za czynności przygotowawcze |  |
| **8** | Klauzula stażu do Indywidualnej Kontynuacji |  |
| **9** | Klauzula zachowania warunków na Indywidualnej Kontynuacji |  |
| **10** | Klauzula zgonu dziecka |  |
| **11** | Klauzula rozszerzenia katalogu operacji chirurgicznej |  |
| **12** | Klauzula pobytu w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym |  |
| **13** | Klauzula rozszerzająca definicję urodzenia dziecka |  |
| **14** | Klauzula wydłużenia okresu rekonwalescencji |  |
| **15** | Klauzula skrócenia wymaganego czasu pobytu w szpitalu |  |
| **16** | Klauzula świadczenia bólowego |  |
| **17** | Klauzula włączenia otwartego katalogu operacji chirurgicznych |  |
| **18** | Klauzula świadczeń assistance na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia |  |
| **19** | Klauzula dostępności placówki |  |
| **20** | Klauzula zniżki na ubezpieczenia majątkowe |  |
| **21** | Klauzula leczenia szpitalnego dziecka |  |

\*Wpisanie TAK – zaakceptowanie danej klauzuli dodatkowej,

Wpisanie NIE – brak akceptacji danej klauzuli dodatkowej,

Brak wpisu (pusta komórka) – brak akceptacji danej klauzuli dodatkowej.

PONADTO OŚWIADCZAMY, ŻE:

Termin realizacji zamówienia: **……………………**

Uzyskaliśmy informacje niezbędne do przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz przyjmujemy warunki określone w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

Uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

Zapoznaliśmy się z istotnymi postanowieniami umowy, stanowiącej załącznik Nr 4 do specyfikacji istotnych warunków zamówienia. Postanowienia te akceptujemy. W przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się, do zawarcia umowy na wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

Przedstawicielem uprawnionym do kontaktów z Zamawiającym jest Pan/Pani……………………………………………………………….…, tel.: …………………………, fax.: ………………………, adres e-mail:………………………………………………….

6. Zamierzamy powierzyć niżej wymienionym Podwykonawcom następujący zakres czynności ubezpieczeniowych związanych z przedmiotem zamówienia *(wypełniają Wykonawcy, którzy deklarują taki zamiar)*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Zakres czynności ubezpieczeniowych powierzonych podwykonawcom** | **Firma podwykonawcy** |
|  |  |  |
|  |  |  |

7. Oferta nie zawiera/zawiera\* **(\*niepotrzebne skreślić)** informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Informacje takie zawarte są w następujących dokumentach:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

8. Oświadczamy, że usługa ubezpieczenia zwolniona jest z podatku VAT zgodnie z art. 43 ust. 1 pkt 37 Ustawy z dnia 11 marca 2004 o podatku od towarów i usług (Dz.U. z 2018 r. poz. 2174 z późn. zm.).

9. Oświadczamy, że Zamawiający (jednostki Zamawiającego) nie będzie zobowiązany do pokrywania strat Wykonawcy działającego w formie towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych przez wnoszenie dodatkowej składki, zgodnie z art. 111 ust. 2 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. *o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej* (Dz. U. z 2019 r. poz. 381 z późn. zm).

10. Oświadczamy, że wypełniłem 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) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

11. Oświadczamy, że do poszczególnych ubezpieczeń stanowiących przedmiot zamówienia będą miały zastosowanie wymienione poniżej warunki ubezpieczenia:

|  |  |
| --- | --- |
| **Ryzyko** | **Warunki ubezpieczenia mające zastosowanie do danego ubezpieczenia** |
|  |
| ……………………… | OWU ….. |
| ……………………… | OWU ….. |

12. Zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do dostarczenia Zamawiającemu ww. OWU przed podpisaniem umowy o udzielenie zamówienia publicznego.

13. Oświadczamy, że Wykonawca którego reprezentujemy jest:

☐ małym przedsiębiorcą (małe przedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR)

☐ średnim przedsiębiorcą (średnie przedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 250 pracowników i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR)

☐ dużym przedsiębiorstwem

14. Oświadczamy, iż posiadamy/nie posiadamy\* placówkę/oddział/przedstawicielstwo na terenie miasta Płocka pod adresem: ……………………………………………………………..

15. Załącznikami do niniejszej oferty są:

* Oświadczenie nr 1,
* Pełnomocnictwo dla osoby podpisującej ofertę (jeśli umocowanie nie wynika z KRS bądź dokumentu równorzędnego).

Nasza oferta zawiera ……………… ponumerowanych kart.

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

 (pieczęć i podpis Wykonawcy/-ów)