

FORMULARZ OFERTOWY

Zamawiający:

**Skarb Państwa - Świętokrzyski Urząd Wojewódzki w Kielcach,
Al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce**

W związku z ogłoszeniem o postępowaniu na udzielenie Zamówienia publicznego, prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego pn.: „**Grupowe ubezpieczenie na życie pracowników i członków rodzin pracowników SUW**”,

my niżej podpisani:

.....

działając w imieniu i na rzecz:

.....

w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy (firmy) i dokładne adresy wszystkich podmiotów składających wspólną ofertę

SKŁADAMY OFERTE na wykonanie przedmiotu Zamówienia zgodnie ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i na poniższych warunkach:

1. Oświadczam/y, że oferujemy wykonanie usługi w zakresie objętym Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i załącznikami do SIWZ za **łącną cenę brutto**

słownie złotych:.....

wyliczoną według poniższego zestawienia (Tab.1):

Tab. 1

Nr Wariantu	Przewidywana ilość osób, które przystąpią do ubezpieczenia w danym Wariantcie	Składka miesięczna na 1 osobę w Wariantcie [zł]	Ilość miesięcy	Cena brutto [zł]
1	2	3	4	5 = 2 x 3 x 4
Wariant I	250		12	
Wariant II	200		12	
RAZEM				

2. Tab. 2. Wysokość oferowanych świadczeń

Lp	Tytuł świadczenia. (ocenie podlega wysokość świadczeń)	Wysokość świadczenia (PLN) Wariant I	Wysokość świadczenia (PLN) Wariant II
1	Śmierć ubezpieczonego		
2	Śmierć ubezpieczonego w następstwie NW. Świadczenie łączne.		
3	Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego. Świadczenie łączne.		
4	Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy. Świadczenie łączne.		
5	Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego w pracy. Świadczenie łączne.		
6	Śmierć ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu. Świadczenie łączne.		
7	Świadczenie za trwały uszczerbek ubezpieczonego na zdrowiu. Wypłacane za każdy 1% uszczerbku;	a) W wyniku NW	
		b) W wyniku NW kom.	
		c) NNW przy pracy/NNW kom. przy pracy	
		d) W wyniku zawału serca lub udaru mózgu	
8	Pobyt ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia szpitalnego – świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu. Wysokość świadczenia utrzymana przez 14 pierwszych dni.		
9	Wysokość świadczenia szpitalnego za każdy dzień pobytu w szpitalu z tytułu nieszczęśliwego wypadku. Wysokość świadczenia utrzymana przez 14 pierwszych dni. Świadczenie łączne		
10	Wysokość świadczenia szpitalnego za każdy dzień pobytu w szpitalu z tytułu wypadku komunikacyjnego Ubezpieczonego. Wysokość świadczenia utrzymana przez 14 pierwszych dni. Świadczenie łączne.		
11	Wysokość świadczenia szpitalnego za każdy dzień pobytu w szpitalu z tytułu wypadku przy pracy Ubezpieczonego. Wysokość świadczenia utrzymana przez 14 pierwszych dni. Świadczenie łączne.		
12	Wysokość świadczenia szpitalnego za każdy dzień pobytu w szpitalu z tytułu wypadku komunikacyjnego przy pracy Ubezpieczonego. Świadczenie łączne. Wysokość świadczenia utrzymana przez 14 pierwszych dni. Świadczenie łączne		
13	Wysokość świadczenia szpitalnego za każdy dzień pobytu w szpitalu z tytułu zawału serca lub udaru mózgu Ubezpieczonego. Wysokość świadczenia utrzymana przez 14 pierwszych dni. Świadczenie łączne.		
14	Wysokość świadczenia szpitalnego z tytułu pobytu ubezpieczonego na OIOM/OIT (płatne ryczałtem). Czas pobytu min. 48 godz. Świadczenie za cały okres pobytu na OIT/OIOM.		
15	Leczenie specjalistyczne ubezpieczonego. Ocenie podlega wys. świadczenia		

16	Poważne zachorowanie ubezpieczonego. Minimalna ilość chorób: 21. Ocenie podlegać będzie wys. świadczenia z tytułu wystąpienia każdego z zachorowań.		
17	Wysokość świadczenia z tytułu rekonwalescencji – za każdy dzień pobytu ubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim po pobycie w szpitalu. Ocenie podlegać będzie wys. świadczenia		
18	Śmierć małżonka. Ocenie podlegać będzie wys. świadczenia		
19	Śmierć małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Świadczenie łączne. Ocenie podlegać będzie wys. świadczenia		
20	Osierocenie dziecka (jednorazowe świadczenie dla każdego dziecka. Ocenie podlegać będzie wys. świadczenia		
21	Śmierć rodziców ubezpieczonego Ocenie podlegać będzie wys. świadczenia		
22	Śmierć rodziców małżonka. Ocenie podlegać będzie wys. świadczenia		
23	Urodzenie dziecka. Ocenie podlegać będzie wys. świadczenia		
24	Urodzenie martwego dziecka. Ocenie podlegać będzie wys. świadczenia		
25	Śmierć dziecka. Ocenie podlegać będzie wys. świadczenia		
26	Śmierć dziecka w wyniku NW. Ocenie podlegać będzie wys. świadczenia		

3. Tab.3. Ryzyka dodatkowe – fakultatywne

Lp	Ryzyka dodatkowe - FAKULTATYWNE	Świadczenia Wariant I	Świadczenia Wariant II
1	Zwrot kosztów kupna leków lub środków medycznych należny ubezpieczonemu po pobycie w szpitalu (oceniana będzie wysokość limitu kosztów), brak świadczenia: 0 pkt.		
2	Ciężkie zachorowania ubezpieczonego (oceniana będzie liczba dodatkowo zaoferowanych jednostek chorobowych ponad 21). Wykaz wszystkich chorób, których wystąpienie objęte jest ochroną ubezpieczeniową, ujęty jest w Załączniku do oferty.		
3	Poważne zachorowanie dziecka ubezpieczonego. Oceniana jest średnia arytmetyczna wysokości świadczeń (suma wysokości świadczeń/ilość chorób) Katalog zachorowań wraz z kwotami świadczeń jest załącznikiem do oferty.		
4	Operacje chirurgiczne. Oceniana jest średnia arytmetyczna wysokość świadczeń (suma świadczeń z poszczególnych kategorii / ilość kategorii). Wysokość świadczeń, określona w PLN lub w % kwoty bazowej w poszczególnych kategoriach operacji jest opisana w Załączniku do oferty.		
5	Maksymalna dopuszczalna ilość dni pobytu na zwolnieniu lekarskim w roku polisowym, za które płacone jest świadczenie. Oceniana jest ilość dni powyżej 30.		

6	Maksymalna ilość dni pobytu w szpitalu w okresie ubezpieczenia, za które płacone jest świadczenie szpitalne. Oceniana jest ilość dni powyżej 90.		
7	Pobyt ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia szpitalnego – świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu powyżej 14 dni. Oceniana będzie wys. świadczenia.		
8	Wysokość świadczenia szpitalnego za pobyt w szpitalu z tytułu nieszczęśliwego wypadku za każdy dzień pobytu w szpitalu powyżej 14 dni. Świadczenie łączne. Oceniana będzie wys. świadczenia		
9	Wysokość świadczenia szpitalnego za pobyt w szpitalu z tytułu wypadku komunikacyjnego Ubezpieczonego, za każdy dzień pobytu w szpitalu powyżej 14 dni. Świadczenie łączne. Oceniana będzie wys. świadczenia		
10	Wysokość świadczenia szpitalnego za pobyt w szpitalu z tytułu wypadku przy pracy Ubezpieczonego za każdy dzień pobytu w szpitalu powyżej 14 dni. Świadczenie łączne. Oceniana będzie wys. świadczenia		
11	Wysokość świadczenia szpitalnego za pobyt w szpitalu z tytułu wypadku komunikacyjnego przy pracy Ubezpieczonego za każdy dzień pobytu w szpitalu powyżej 14 dni. Świadczenie łączne. Oceniana będzie wys. świadczenia		
12	Wysokość świadczenia szpitalnego za pobyt w szpitalu z tytułu zawału serca lub udaru mózgu Ubezpieczonego za każdy dzień pobytu w szpitalu powyżej 14 dni. Świadczenie łączne. Oceniana będzie wys. świadczenia		
13	Urodzenie dziecka z wadą wrodzoną. Ocenie podlega wysokość świadczenia. Brak świadczenia 0 punktów. Katalog wad wrodzonych jest zgodny z OWU Wykonawcy		
14	Ciężkie zachorowania dziecka ubezpieczonego (oceniana jest liczba zaoferowanych jednostek chorobowych). Wykaz wszystkich chorób, których wystąpienie objęte jest ochroną ubezpieczeniową, ujęty jest w Załączniku do oferty.		
15	Minimalna ilość dni pobytu w szpitalu warunkująca wypłatę świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu spowodowany chorobą.		
16	Minimalna ilość dni pobytu w szpitalu warunkująca wypłatę świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu spowodowany NW, NW p, NW kom. NW kom.p.		
17	Minimalna ilość dni pobytu w szpitalu warunkująca wypłatę świadczenia za każdy dzień pobytu na zwolnieniu lekarskim.		
18	Śmierć dziecka bez względu na wiek. Ocena na zasadzie TAK/NIE. TAK = 4 punkty, NIE = 0 pkt.	TAK/NIE(*)	TAK/NIE(*)
19	Otwarty katalog operacji zgodnie z MIĘDZYNARODOWĄ KLASYFIKACJĄ PROCEDUR MEDYCZNYCH ICD-9. Sposób oceny: TAK/NIE. Stosowanie w umowie innego katalogu operacji niż wymieniony, skutkuje przyznaniem 0 pkt. Odpowiedź TAK oznacza 2 p-ty	TAK/NIE(*)	TAK/NIE(*)

20	Ochroną ubezpieczeniową z tytułu leczenia szpitalnego (świadczenia za pobyt w szpitalu), w tym pobyt na OIOM/OIT objęte są zdarzenia mające miejsce na terytorium Unii Europejskiej, Islandii, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Watykanu, San Marino, Monako oraz Kanady, USA, Japonii, Australii. Sposób oceny: TAK/NIE. Odpowiedź NIE oznacza 0 pkt. Odpowiedź TAK oznacza 2 p-kt	TAK/NIE(*)	TAK/NIE(*)
21	Ochroną ubezpieczeniową z tytułu operacji ubezpieczonego objęte są zdarzenia mające miejsce na terytorium Unii Europejskiej, Islandii, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Watykanu, San Marino, Monako. Sposób oceny: TAK/NIE. odpowiedź NIE skutkuje przyznaniem 0 pkt. Odpowiedź TAK oznacza 2 p-kt	TAK/NIE(*)	TAK/NIE(*)

(*) niepotrzebne skreślić

4. OŚWIADCZAMY, że podana powyżej cena zawiera wszystkie koszty związane z realizacją Zamówienia.
5. OŚWIADCZAMY, że zgodnie z załączonym pełnomocnictwem, Pełnomocnikiem do reprezentowania nas w postępowaniu lub reprezentowania nas w postępowaniu i zawarcia umowy jest:

.....

*(Wypełniają jedynie przedsiębiorcy składający wspólną ofertę lub wykonawcy, którzy w powyższych zakresie ustanowili pełnomocnictwo)
6. OŚWIADCZAMY, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami i zasadami postępowania.
7. AKCEPTUJEMY termin wykonania Zamówienia określony w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
8. AKCEPTUJEMY warunki płatności określone w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
9. UWAŻAMY SIĘ za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, tj. przez okres 30 dni uwzględniając, że termin składania ofert jest pierwszym dniem biegu terminu.
10. ZAMÓWIENIE ZREALIZUJEMY sami / przy udziale Podwykonawców*

* niepotrzebne skreślić
11. Podwykonawcom zostaną powierzone do wykonania następujące zakresy Zamówienia:
 - 1) (opis Zamówienia podwykonawcy.....)
12. OŚWIADCZAMY, że zapoznaliśmy się z Istotnymi postanowieniami umowy, określonymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
13. WSZELKĄ KORESPONDENCJĘ w sprawie niniejszego postępowania należy kierować do:

Imię i nazwisko:

Adres:

Telefon:, Faks:

Adres e-mail:
14. Oświadczamy, iż informacje i dokumenty zawarte na stronach nr od _____ do _____ - stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i zastrzegamy, że nie mogą być one udostępnione.
15. OFERTĘ niniejszą składamy nakolejno ponumerowanych stronach.

..... dnia 2013 roku

.....
(podpis Wykonawcy)