***Załącznik nr 2 do SIWZ***

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

pieczęć firmowa Wykonawcy

**FORMULARZ OFERTY**

**dla Narodowego Centrum Badań i Rozwoju**

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

PEŁNA NAZWA WYKONAWCY/WYKONAWCÓW

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

ADRES Z KODEM POCZTOWYM

………….………………………………………………………………………………………………

NR TELEFONU E-MAIL

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

 NIP REGON

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

IMIONA I NAZWISKA OSÓB UPOWAŻNIONYCH DO REPREZENTOWANIA I SKŁADANIA OŚWIADCZEŃ WOLI W IMIENIU WYKONAWCY

***Oferta na usługę grupowego ubezpieczenia pracowników NCBR i NCBR+ oraz członków ich rodzin oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym rzeczowym zakresie ujętym w SIWZ za cenę za 1 (jedną) osobę:***

**W RAMACH ZAMÓWIENIA PODSTAWOWEGO:**

**Pakiet V0:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **V0: BAZA tylko dla PRACOWNIKÓW** (składka finansowana przez pracodawcę) | Kwota świadczeń |
| 1. | Zgon Ubezpieczonego  | 90 000 |
| 2. | Zgon Ubezpieczonego wskutek NW | 180 000 |
| 3. | Zgon Ubezpieczonego wskutek NW w pracy | 270 000 |
| 4. | Zgon Ubezpieczonego wskutek NW komunikacyjnego | 270 000 |
| 5. | Zgon Ubezpieczonego wskutek NW komunikacyjnego w pracy | 360 000 |
| 6. | Zgon Ubezpieczonego wskutek zawału serca/udaru mózgu | 125 000 |
| 7. | Całkowita niezdolność do pracy | 20 000 |
| 8. | Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek NW (za 1% uszczerbku) | 500 |
| 9. | Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek zawału serca/udaru mózgu (1% uszczerbku) | 500 |
| 10. | Poważne zachorowanie | 15 000 |
| 11. | Leczenie szpitalne Ubezpieczonego (do 14. dnia pobytu/powyżej (14 dni) |
| a. | -wskutek choroby | 120/120 |
| b. | -wskutek udaru mózgu lub zawału serca | 190/120 |
| c. | -wskutek NW | 150/120 |
| d. | -wskutek NW komunikacyjnego | 270/120 |
| e. | -wskutek NW w pracy | 270/120 |
| f. | -wskutek NW komunikacyjnego w pracy | 350/120 |
| g. | Rehabilitacja / rekonwalescencja (za każdy dzień do 30 dni) | 50 |
| h. | Pobyt na OIOM (jednorazowo) | 1 000 |

**W RAMACH DODATKOWYCH PAKIETÓW DLA PRACOWNIKÓW (SKŁADKA FINANSOWANA PRZEZ PRACOWNIKA):**

1. **Pakiet V1:**

|  |  |
| --- | --- |
| V1: Rodzina + Ubezpieczony (kompleksowa dodatkowa ochrona na życie zdrowie Ubezpieczonego /rozszerzenie V0) | Wysokość świadczenia |
| Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego | 4 000 |
| Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego | 3 500 |
| Zgon małżonka lub partnera | 15 000 |
| Zgon małżonka lub partnera wskutek NW | 40 000 |
| Zgon małżonka lub partnera wskutek NW komunikacyjnego | 55 000 |
| Poważne zachorowanie małżonka lub partnera | 5 000 |
| Zgon dziecka | 5 000 |
| Zgon dziecka wskutek NW | 10 000 |
| Osierocenie dziecka | 5 000 |
| Urodzenie dziecka | 1 500 |
| Urodzenie martwego dziecka / zgon noworodka | 5 000 |
| Poważne zachorowanie dziecka  | 5 000 |
| Zgon rodziców / teściów / rodziców partnera | 2 500 |
| Leczenie szpitalne **małżonka lub partnera** (do 14. dnia pobytu powyżej 14 dni) |   |
| -wskutek choroby | 50/50 |
| -wskutek NW | 100/50 |
| Pobyt na OIOM (jednorazowo) | 500 |
| **Oferowana przez Wykonawcę cena składki za ubezpieczonego**  | **……………….** |

1. **Pakiet V2:**

|  |  |
| --- | --- |
| V2: Rodzina + Ubezpieczony (bez świadczeń na dzieci dodatkowa ochrona na życie zdrowie Ubezpieczonego /rozszerzenie V0) | Wysokość świadczenia |
| Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego | 4 000 |
| Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego | 3 500 |
| Zgon małżonka lub partnera | 15 000 |
| Zgon małżonka lub partnera wskutek NW | 40 000 |
| Zgon małżonka lub partnera wskutek NW komunikacyjnego | 55 000 |
| Poważne zachorowanie małżonka lub partnera | 5 000 |
| Zgon rodziców / teściów / rodziców partnera | 2 500 |
| Zgon rodziców / teściów / rodziców partnera wskutek NW | 5 000 |
| Leczenie szpitalne **małżonka lub partnera** (do 14. dnia pobytu powyżej 14 dni)  |
| -wskutek choroby | 120/120 |
| -wskutek NW | 150/120 |
| Pobyt na OIOM (jednorazowo) | 500 |
| **Oferowana przez Wykonawcę cena składki za ubezpieczonego** | **………………….** |

1. **Pakiet V3:**

|  |  |
| --- | --- |
| V3: Singiel (dodatkowa ochrona na życie zdrowie Ubezpieczonego/rozszerzenie V0) | Wysokość świadczenia |
| Leczenie specjalistyczne | 8 000 |
| Operacje chirurgiczne | 5 000 |
| Poważne zachorowanie | 15 000 |
| Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek NW (za 1% uszczerbku) | 500 |
| Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek zawału serca/udaru mózgu (1% uszczerbku) | 500 |
| **Oferowana przez Wykonawcę cena składki za ubezpieczonego** | **……………** |

1. **Pakiet V4:**

|  |  |
| --- | --- |
| **V4:** Małżonek/partner/dorosłe dziecko (kompleksowa ochrona ubezpieczeniowa) | Wysokość świadczenia |
| Zgon ubezpieczonego | 65 000 |
| Zgon ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu | 100 000 |
| Zgon ubezpieczonego wskutek NW  | 140 000 |
| Zgon ubezpieczonego wskutek NW komunikacyjnego  | 210 000 |
| Zgon ubezpieczonego wskutek NW w pracy | 210 000 |
| Zgon ubezpieczonego wskutek NW komunikacyjnego w pracy | 280 000 |
| Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek NW (za 1% uszczerbku) | 500 |
| Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek zawału serca/udaru mózgu (1% uszczerbku) | 500 |
| Poważne zachorowanie ubezpieczonego | 7 000 |
| Leczenie specjalistyczne | 3 000 |
| Zgon małżonka lub partnera | 20 000 |
| Zgon małżonka lub partnera wskutek NW | 40 000 |
| Zgon małżonka lub partnera wskutek NW komunikacyjnego | 55 000 |
| Zgon dziecka | 5 000 |
| Zgon dziecka wskutek NW | 10 000 |
| Osierocenie dziecka | 5 000 |
| Urodzenie dziecka | 1 500 |
| Urodzenie martwego dziecka / zgon noworodka | 5 000 |
| Zgon rodziców / teściów / rodziców partnera | 2 500 |
| Zgon rodziców / teściów / rodziców partnera wskutek NW | 5 000 |
| Leczenie szpitalne ubezpieczonego - za dzień (do 14. dnia pobytu powyżej 14 dni)  |
| - wskutek choroby | 120/120 |
| - wskutek zawału serca lub udaru mózgu | 190/120 |
| - wskutek NW | 140/120 |
| - wskutek NW komunikacyjnego lub NW w pracy | 210/120 |
| - wskutek NW komunikacyjnego w pracy | 280/120 |
| Pobyt na OIOM - jednorazowo | 600 |
| Rehabilitacja / rekonwalescencja (za każdy dzień do 30 dni) | 30 |
| Operacje chirurgiczne - wymienione w Katalogu, klasy wg OWU | 3 000 |
| **Oferowana przez Wykonawcę cena składki za ubezpieczonego** | **………………….** |

* + 1. **Pakiet V5:**

|  |  |
| --- | --- |
| **V5:** pakiet medyczny - Zakres ochrony ubezpieczeniowej | Wysokość świadczenia |
| Nowotwór złośliwy | 50 000 |
| Nowotwór o granicznej złośliwości | 5 000 |
| Leczenie specjalistyczne | 5 000 |
| Leczenie szpitalne Ubezpieczonego wskutek nowotworu (do 180 dni w roku polisowym) |
| - od 1. dnia do 14. dnia pobytu w szpitalu / po 14. dniach | 50 / 25 |
| **Oferowana przez Wykonawcę cena składki za ubezpieczonego** | ………………… |

**CENA OFERTY:**

**Pakiet V0:**

**Cena jednostkowa: …………… zł.**

**Słownie: ……………………………………………. zł.**

**Pakiet V1:**

**Cena jednostkowa: …………… zł.**

**Słownie: ……………………………………………. zł.**

**Pakiet V2:**

**Cena jednostkowa: …………… zł.**

**Słownie: ……………………………………………. zł.**

**Pakiet V3:**

**Cena jednostkowa: …………… zł.**

**Słownie: ……………………………………………. zł.**

**Pakiet V4:**

**Cena jednostkowa: …………… zł.**

**Słownie: ……………………………………………. zł.**

**Pakiet V5:**

**Cena jednostkowa: …………… zł.**

**Słownie: ……………………………………………. zł.**

**Oświadczamy, że cena oferty jest ceną obejmującą wszystkie koszty i składniki związane z realizacją zamówienia (w tym m.in. ewentualne upusty i rabaty).**

**W PONIŻSZYCH TABELACH NALEŻY WSTAWIĆ ZADEKLAROWANE DANE ZGODNIE Z KAŻDYM PODKRYTERIUM:**

**Tabela nr 1 Kryterium Klauzule:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kryterium** | **KLAUZULE** |  | **NALEŻY UZUPEŁNIĆ** |
| podkryterium 1 | Poważne zachorowanie - liczba jednostek chorobowych Ubezpieczonego **(j.ch)** | Należy podać liczbę jednostek chorobowych |  |
| podkryterium 2 | Minimalny czas hospitalizacji wskutek choroby dla Ubezpieczonego, współubezpieczonego | Należy podać ilość dni (kalendarzowych) |  |
| podkryterium 3 | Maksymalny czas hospitalizacji wskutek choroby dla Ubezpieczonego, współubezpieczonego | Należy podać ilość dni (kalendarzowych) |  |
| podkryterium 4 | Zniesienie karencji | Należy podać Tak/Nie |  |
| podkryterium 5 | Brak limitu ubezpieczonych przy V4 | Należy podać Tak/Nie |  |
| podkryterium 6 | Zniesienie ograniczeń wiekowych w definicji dziecka | Należy podać Tak/Nie |  |
| podkryterium 7 | Włączenie przysposobienia dziecka w definicję urodzenia dziecka | Należy podać Tak/Nie |  |
| podkryterium 8 | Prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia przez 12 miesięcy na takich samych warunkach, jak w ubezpieczeniu grupowym. Po 12 miesiącach ubezpieczony może kontynuować ubezpieczenie na warunkach określonych w zakresie indywidualnej kontynuacji. | Należy podać Tak/Nie |  |
| podkryterium 9 | Możliwość zmiany wariantu ubezpieczenia w rocznicę (bez karencji) | Należy podać Tak/Nie |  |
| podkryterium 10 | Leczenie szpitalne (rozszerzone o pobyt w szpitalu za granicą) | Należy podać Tak/Nie |  |

**Tabela nr 2 Kryterium Obsługa:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kryterium** | **OBSŁUGA** |  | **NALEŻY UZUPEŁNIĆ** |
| podkryterium 1 | Opiekun dla polisy (min. 2 osoby) | Należy podać ilość osób, które będą dedykowane, jako opiekun polisy min.2 osoby) |  |
| podkryterium 2 | Portal do obsługi programu ubezpieczeniowego (aplikacja internetowa bądź strona www)  | Należy podać Tak/Nie |  |
| podkryterium 3 | Średni czas wypłaty świadczeń tzw. prostych (dotyczących m.in. Urodzenia dziecka, śmierci rodziców, teściów) | Należy podać ilość dni (roboczych) |  |
| podkryterium 4 | Możliwość składania roszczeń internetowo | Należy podać Tak/Nie |  |

**POWYŻSZE ZADEKLAROWANE INFORMACJE Z TABELI NR 1 ORAZ TABELI NR 2 BĘDĄ UWZGLĘDNIONE W WYSTAWIONYCH POLISACH UBEZPIECZENIOWYCH.**

***Nie wypełnienie pozycji formularza oferty dotyczących kryteriów oceny ofert, będzie skutkowało odrzuceniem oferty na podstawie art. 89 ust. 1 pkt 2 ustawy PZP.***

**Oświadczamy, że:**

1. zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń ani do załączników będących integralną częścią SIWZ oraz, że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do przygotowania oferty i podjęcia decyzji o jej złożeniu.
2. spełniamy wszystkie wymagania zawarte w SIWZ i w załącznikach będących integralną częścią SIWZ.
3. złożona przez nas oferta jest zgodna z treścią SIWZ i załącznikami będącymi integralną częścią SIWZ.
4. akceptujemy istotne postanowienia umowy, w tym warunki płatności oraz termin realizacji przedmiotu zamówienia podany przez Zamawiającego.
5. w przypadku wyboru naszej oferty, zobowiązujemy się w terminie i miejscu wyznaczonym przez Zamawiającego, do zawarcia umowy wg wzoru, stanowiącego Załącznik nr 8 do SIWZ.
6. oświadczamy, że wadium w kwocie: 10 000 zł., zostało wniesione w formie[[1]](#footnote-1) ............................... .
7. uważamy się za związanych niniejszą ofertą 60 dni od dnia upływu terminu składania ofert;
8. oświadczamy, iż realizację przedmiotu zamówienia:

w zakresie[[2]](#footnote-2) ………………………………………………………………………………….

powierzę(-my) podwykonawcy(-om), …………………………… (nazwa podwykonawcy),po zawarciu stosownej umowy.

1. oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[3]](#footnote-3) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu
2. Informuję, iż dokumenty, o których mowa w pkt 7.6.2 SIWZ są dostępne w formie elektronicznej w ogólnodostępnych i bezpłatnych bazach danych pod adresem internetowym (jeżeli dotyczy):

…………………………………………………………………………………………...

(podać rodzaj dokumentu oraz adres strony internetowej)

1. Oferta została złożona na ……. stronach, ponumerowanych od nr … do nr …
2. Załącznikami do niniejszej oferty stanowiącymi jej integralną część są następujące dokumenty:
	1. ..........................................................
	2. ..........................................................
	3. ..........................................................
	4. ..........................................................

 ………………………………… .......................................................................

 miejscowość, data podpis, imię i nazwisko

 lub podpis na pieczęci imiennej

\* Niepotrzebne skreślić

1. Wypełnić stosownie do części na którą składna jest oferta. Należy wpisać formę w jakiej wniesione zostało wadium. Dla wadium wnoszonego w formie pieniężnej zaleca się wpisanie nazwy banku oraz numeru konta, w celu umożliwienia Zamawiającemu dokonania zwrotu wadium w przypadkach przewidzianych ustawą [↑](#footnote-ref-1)
2. Jeżeli Wykonawca zamierza powierzyć część prac podwykonawcy(-om) powinien wpisać powierzony zakres prac. W przypadku braku miejsca sporządzić stosowną informację w postaci załącznika do składanej oferty. Jeżeli Wykonawca nie zamierza powierzyć części prac podwykonawcy(-om) punktu tego może nie wypełniać lub wpisać nie dotyczy lub skreślić. [↑](#footnote-ref-2)
3. rozporządzenie 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) [↑](#footnote-ref-3)