Załącznik nr 1 – Formularz oferty

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

 (pieczęć Wykonawcy)

**O F E R T A**

1. My, niżej podpisani,

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

działając w imieniu i na rzecz

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

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

w odpowiedzi na ogłoszenie Piotrkowskich Wodociągów i Kanalizacji Sp. z o.o., ul. Przemysłowa 4, 97-300 Piotrków Tryb., w trybie przetargu nieograniczonego na **UBEZPIECZENIE GRUPOWE NA ŻYCIE DLA PRACOWNIKÓW PIOTRKOWSKICH WODOCIĄGÓW I KANALIZACJI SP. Z O.O.**, składamy niniejszą ofertę.

Oświadczamy, że pozyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do złożenia oferty, w szczególności zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia udostępnioną przez Zamawiającego i nie wnosimy do niej żadnych zastrzeżeń.

1. Oświadczamy, że żadna z zawartych w ofercie informacji nie stanowi tajemnicy przedsiębiorstwa (w rozumieniu ustawy pzp) / oświadczamy, że tajemnicę przedsiębiorstwa stanowią informacje (odpowiednie skreślić):
2. ……………………………………………………………….zawarte na stronie nr………………. ,
3. ……………………………………………………………….zawarte na stronie nr………………. ,
4. ……………………………………………………………….zawarte na stronie nr………………. ,
5. ……………………………………………………………….zawarte na stronie nr………………. ,
6. Oświadczamy, że nie zamierzamy żadnej części zamówienia powierzyć podwykonawcom. / Oświadaczamy, że następujące części zamówienia zamierzamy powierzyć podwykonawcom (odpowiednie skreślić):

|  |  |
| --- | --- |
| Część zamówienia, którą Wykoanwca zamierza powierzyć podwykoanwcy | Nazwa podwykonawcy |
|  |  |
|  |  |

1. Oferujemy realizację zamówienia zgodnie ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia, wraz z jej ewentualnymi zmianami i modyfikacjami w tym objęcie ubezpieczeniem wszystkich wymienionych w specyfikacji ryzyk na warunkach przedstawionych w niniejszej ofercie, nie gorszych, niż opisane w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
2. **Zobowi**ą**zania Wykonawcy:**

5.1.Oferujemy wykonanie zamówienia stanowiącego przedmiot zamówienia zgodnie z wymaganiami specyfikacji istotnych warunków zamówienia, w dwuletnim okresie ubezpieczenia, za cenę brutto: ……………………. zł (słownie złotych: …..………………………………………………….) obliczoną zgodnie ze wzorami podanymi w Rozdziale 15, pkt od 15.4. do 15.7. SIWZ. Jednostkowa składka miesięczna za jednego ubezpieczonego w WARIANCIE I wynosi ……………………… zł (słownie złotych: …..…………………………………………….), w WARIANCIE II wynosi …………………………… zł (słownie złotych: …..…………………………………………….) oraz w WARIANCIE III wynosi ……………………………… zł (słownie złotych …………………………………………………………………).

5.2. Powyżej podana cena dotyczy realizacji umowy ubezpieczenia z wysokościami świadczeń podanymi w kolumnie D poniższych tabeli świadczeń dla każdego wariantu:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj świadczenia** | **WARIANT I** |
| **Wymagana przez Zamawiającego minimalna wysokość świadczenia (zł)** | **Wysokość świadczenia, oferta Wykonawcy (zł)** |
| **A** | **B** | **C** | **D** |
| 1 | Zgon Ubezpieczonego | 54 000 zł |  |
| 2 | Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku | 108 000 zł |  |
| 3 | Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego | 158 000 zł |  |
| 4 | Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku w trakcie wykonywania czynności zawodowych | 158 000 zł |  |
| 5 | Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego w trakcie wykonywania czynności zawodowych | 208 000 zł |  |
| 6 | Zgon Ubezpieczonego wskutek zawału serca/ udaru mózgu | 94 000 zł |  |
| 7 | Trwały Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek wypadku – za 1% | 500 zł |  |
| 8 | Trwały Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca/ udaru mózgu – za 1% | 400 zł |  |
| 9 | Zgon Współmałżonka/ Partnera życiowego | 13 500 zł |  |
| 10 | Zgon Współmałżonka/ Partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku | 27 000 zł |  |
| 11 | Zgon Dziecka | 2 700 zł |  |
| 12 | Urodzenie się Dziecka Ubezpieczonemu | 1 350 zł |  |
| 13 | Urodzenie martwego Dziecka  | 5 400 zł |  |
| 14 | Osierocenie Dziecka przez Ubezpieczonego | 3 600 zł |  |
| 15 | Zgon Rodzica / Rodzica Współmałżonka/Partnera życiowego  | 2 000 zł |  |
| 16 | Dzienne świadczenie szpitalne Ubezpieczonego | 50 zł/ dzień – pobyt spowodowany chorobą |  |
| 150 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem |  |
| 50 zł/ dzień – pobyt spowodowany wypadkiem od 15 dnia pobytu |  |
| 250 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym |  |
| 200 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem w trakcie wykonywania czynności zawodowych |  |
| 300 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w takcie wykonywania czynności zawodowych |  |
| 135 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu |  |
| 100 zł/dzień pobytulub500 zł - świadczenie jednorazowe– pobyt na Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |
| 25,00 zł/ dzień – do 30 dnia rekonwalescencji |  |
| 17 | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | 5 000 zł |  |
| 18 | Nowotwór IN-SITU Ubezpieczonego | 1 000 zł |  |
| 19 | Przeprowadzenie operacji chirurgicznej u Ubezpieczonego  | Świadczenie za operację z najniższej klasy/grupy w katalogu200 zł |  |
| 20 | Operacji chirurgiczne u Ubezpieczonego, świadczenia dodatkowe: Zakres1 lub Zakres 2 | Zakres 1 - 200 złlub Zakres 2 – 300 zł |  |
| 21 | Karta Apteczna | 300 |  |
| 22 | Niezdolność Ubezpieczonego do pracy  | 15 000 zł |  |
| 23 | Leczenie specjalistyczne | 3 000 zł |  |
|  | **Składka miesięczna za jedną osobę objętą ochroną ubezpieczeniową** | **Wymagana przez Zamawiającego maksymalna wysokość jednostkowej składki miesięcznej(zł)** | **Wysokość jednostkowej składki miesięcznej, oferta Wykonawcy (zł)** |
| **62,00 zł** |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj świadczenia** | **WARIANT II** |
| **Wymagana przez Zamawiającego minimalna wysokość świadczenia (zł)** | **Wysokość świadczenia, oferta Wykonawcy (zł)** |
| **A** | **B** | **C** | **D** |
| 1 | Zgon Ubezpieczonego | 58 080 zł |  |
| 2 | Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku | 116 160 zł |  |
| 3 | Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego | 171 160 zł |  |
| 4 | Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku w trakcie wykonywania czynności zawodowych | 171 160 zł |  |
| 5 | Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego w trakcie wykonywania czynności zawodowych | 226 160 zł |  |
| 6 | Zgon Ubezpieczonego wskutek zawału serca/ udaru mózgu | 102 080 zł |  |
| 7 | Trwały Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek wypadku – za 1% | 540 zł |  |
| 8 | Trwały Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca/ udaru mózgu – za 1% | 440 zł |  |
| 9 | Zgon Współmałżonka/ Partnera życiowego | 14 520 zł |  |
| 10 | Zgon Współmałżonka/ Partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku | 29 020 zł |  |
| 11 | Zgon Dziecka | 2 900 zł |  |
| 12 | Urodzenie się Dziecka Ubezpieczonemu | 1 450 zł |  |
| 13 | Urodzenie martwego Dziecka  | 5 800 zł |  |
| 14 | Osierocenie Dziecka przez Ubezpieczonego | 3 850 zł |  |
| 15 | Zgon Rodzica / Rodzica Współmałżonka/Partnera życiowego  | 2 200 zł |  |
| 16 | Dzienne świadczenie szpitalne Ubezpieczonego | 55 zł/ dzień – pobyt spowodowany chorobą |  |
| 165 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem |  |
| 55 zł/ dzień – pobyt spowodowany wypadkiem od 15 dnia pobytu |  |
| 275 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym |  |
| 220 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem w trakcie wykonywania czynności zawodowych |  |
| 330 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w takcie wykonywania czynności zawodowych |  |
| 148,50 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu |  |
| 110 zł/dzień pobytulub550 zł - świadczenie jednorazowe– pobyt na Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |
| 25,30 zł/ dzień – do 30 dnia rekonwalescencji |  |
| 17 | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | 6 000 zł |  |
| 18 | Nowotwór IN-SITU Ubezpieczonego | 1 200 zł |  |
| 19 | Przeprowadzenie operacji chirurgicznej u Ubezpieczonego  | Świadczenie za operację z najniższej klasy/grupy w katalogu 250 zł |  |
| 20 | Operacji chirurgiczne u Ubezpieczonego, świadczenia dodatkowe: Zakres1 lub Zakres 2 | Zakres 1 - 250 złlub Zakres 2 – 375 zł |  |
| 21 | Karta Apteczna | 300 |  |
| 22 | Niezdolność Ubezpieczonego do pracy  | 15 000 zł |  |
| 23 | Leczenie specjalistyczne | 4 000 zł |  |
|  | **Składka miesięczna za jedną osobę objętą ochroną ubezpieczeniową** | **Wymagana przez Zamawiającego maksymalna wysokość jednostkowej składki miesięcznej(zł)** | **Wysokość jednostkowej składki miesięcznej, oferta Wykonawcy (zł)** |
| **68,00 zł** |  |
|  |  |  |  |
| **Lp.** | **Rodzaj świadczenia** | **WARIANT III** |
| **Wymagana przez Zamawiającego minimalna wysokość świadczenia (zł)** | **Wysokość świadczenia, oferta Wykonawcy (zł)** |
| **A** | **B** | **C** | **D** |
| 1 | Zgon Ubezpieczonego | 62 040 zł |  |
| 2 | Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku | 124 080 zł |  |
| 3 | Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego | 184 080 zł |  |
| 4 | Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku w trakcie wykonywania czynności zawodowych | 184 080 zł |  |
| 5 | Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego w trakcie wykonywania czynności zawodowych | 244 080 zł |  |
| 6 | Zgon Ubezpieczonego wskutek zawału serca/ udaru mózgu | 110 040 zł |  |
| 7 | Trwały Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek wypadku – za 1% | 570 zł |  |
| 8 | Trwały Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca/ udaru mózgu – za 1% | 430 zł |  |
| 9 | Zgon Współmałżonka/ Partnera życiowego | 15 600 zł |  |
| 10 | Zgon Współmałżonka/ Partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku | 31 100 zł |  |
| 11 | Zgon Dziecka | 3 100 zł |  |
| 12 | Urodzenie się Dziecka Ubezpieczonemu | 1 550 zł |  |
| 13 | Urodzenie martwego Dziecka  | 6 200 zł |  |
| 14 | Osierocenie Dziecka przez Ubezpieczonego | 4 120 zł |  |
| 15 | Zgon Rodzica / Rodzica Współmałżonka/Partnera życiowego  | 2 350 zł |  |
| 16 | Dzienne świadczenie szpitalne Ubezpieczonego | 60 zł/ dzień – pobyt spowodowany chorobą |  |
| 180 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem |  |
| 60 zł/ dzień – pobyt spowodowany wypadkiem od 15 dnia pobytu |  |
| 300 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym |  |
| 240 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem w trakcie wykonywania czynności zawodowych |  |
| 360 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w takcie wykonywania czynności zawodowych |  |
| 162 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu |  |
| 120 zł/dzień pobytulub600 zł - świadczenie jednorazowe– pobyt na Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |
| 27,60 zł/ dzień – do 30 dnia rekonwalescencji |  |
| 17 | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | 7 000 zł |  |
| 18 | Nowotwór IN-SITU Ubezpieczonego | 1 400 zł |  |
| 19 | Przeprowadzenie operacji chirurgicznej u Ubezpieczonego  | Świadczenie za operację z najniższej klasy/grupy w katalogu300 zł |  |
| 20 | Operacji chirurgiczne u Ubezpieczonego, świadczenia dodatkowe: Zakres1 lub Zakres 2 | Zakres 1 - 300 złlub Zakres 2 – 450 zł |  |
| 21 | Karta Apteczna | 300 |  |
| 22 | Niezdolność Ubezpieczonego do pracy  | 15 000 zł |  |
| 23 | Leczenie specjalistyczne | 6 000 zł |  |
|  | **Składka miesięczna za jedną osobę objętą ochroną ubezpieczeniową** | **Wymagana przez Zamawiającego maksymalna wysokość jednostkowej składki miesięcznej(zł)** | **Wysokość jednostkowej składki miesięcznej, oferta Wykonawcy (zł)** |
| **74,00 zł** |  |
|  |  |  |  |

**5.3. Dodatkowe warunki ubezpieczenia:**

**5.3.1. Przyjmujemy warunek fakultatywny nr 1**: TAK / NIE\*

**5.3.2. Przyjmujemy warunek fakultatywny nr 2**: TAK / NIE\*

**5.3.3. Przyjmujemy warunek fakultatywny nr 3**: TAK / NIE\*

\*właściwe zakreślić

Zgodnie z Ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (tj. Dz. U. 2020 poz. 106 ze zm.), usługi ubezpieczeniowe są zwolnione z podatku VAT (nie podlegają VAT), a podane w ofercie ceny są cenami ostatecznymi (brutto).

1. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres wskazany w SIWZ.
2. Oświadczamy, że istotne postanowienia umowy, w tym warunki płatności, zawarte w specyfikacji istotnych warunków zamówienia zostały przez nas zaakceptowane. W przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego na warunkach określonych w specyfikacji istotnych warunków zamówienia i zgodnie ze złożoną ofertą.
3. Ofertę niniejszą składamy na …………… kolejno ponumerowanych stronach.
4. Oświadczemy, że działając jako towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych posiadamy w statucie zapis, z którego wynika, że towarzystwo będzie ubezpieczało także osoby nie będące członkami towarzystwa. Zamawiający będzie traktowany jako osoba nie będąca członkiem towarzystwa, a co za tym idzie nie będzie zobowiązany do udziału w pokrywaniu strat towarzystwa przez wnoszenie dodatkowej skladki zgodnie z art. 111 ust. 2 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (t. j. Dz. U. z 2019 r., poz. 381 ze zm.), *(Dotyczy Wykonawców działających w formie towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych)*
5. Oświadczamy, iż Wykonawcajest małym **/** średnim przedsiębiorcą □ tak □ nie (zaznaczyć x)
6. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrdenio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
7. Załącznikami do niniejszej oferty są:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

…/…

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa(y) Wykonawcy (ów) | Nazwisko i imię osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy (ów) | Podpis(y) osoby (osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów) | Pieczęć(cie) Wykonawcy (ów) | Miejscowość i data |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |