**załącznik nr 3.1. do SIWZ**

formularz ofertowy dla części 1

**Przetarg UMW / IZ / PN – 29 / 19**

Przetarg nieograniczony

na

GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE PRACOWNIKÓW UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO WE WROCŁAWIU

**FORMULARZ OFERTOWY – CZĘŚĆ 1 ZAMÓWIENIA**

1. Zarejestrowana nazwa Wykonawcy:

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

1. Adres Wykonawcy:

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

1. Nazwiska osób po stronie Wykonawcy uprawnionych do jego reprezentowania przy sporządzaniu niniejszej oferty:

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

4. NIP................................. 5. Regon............................. 6. Fax ...............................

7. E-mail ......................................................... 8. www.................................................

W odpowiedzi na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym:

1. oferujemy następującą wysokość sum ubezpieczenia i świadczeń dla wariantu 1:

Informacja

W kolumnach K Tabeli nr 1 i Tabeli nr 2 należy wypełnić jedynie puste (białe) komórki tj. te, które odpowiadają oferowanym sumom ubezpieczenia stanowiącym podstawę do wyliczenia świadczeń, pozostałe pola tj. oznaczone kolorem szarym należy pozostawić niewypełnione.

Tabela nr 1

| **Rodzaj świadczenia** | | CZĘŚĆ 1 (WARIANT 1) | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| suma ubezpieczenia/  wysokość świadczenia | | warunki punktacji | | | | oferowana suma ubezpieczenia /wysokość świadczenia |
| minimalna | maksymalna punktowana | wielkość kroku | punktów  za krok | ilość  kroków | max suma punktów |
| **A** | **B** | **C** | **D** | **G** | **H** | **I** | **J** | **K** |
|  | zgon ubezpieczonego (P1.A) | 55 000 | 60 000 | 200 | 12 | 25 | 300 |  |
|  | spowodowany wypadkiem (D1): | +140% kwoty P1.A | |  |  |  |  |  |
|  | Dodatkowe okoliczności/przyczyna zgonu (P1.B): | | |  |  |  |  |  |
|  | zawał serca lub udar mózgu (D1) | +100% kwoty P1.A | |  |  |  |  |  |
|  | wypadek komunikacyjny (D1) | +230% kwoty P1.A | |  |  |  |  |  |
|  | wypadek przy pracy (D1) | +270% kwoty P1.A | |  |  |  |  |  |
|  | zgon współmałżonka (P2) | 25 000 | 30 000 | 200 | 2 | 25 | 50 |  |
|  | spowodowany wypadkiem (D2) | +100% kwoty P2 | |  |  |  |  |  |
|  | zgon rodziców lub rodziców współmałżonka ubezpieczonego (P3) | 2 500 | 3 000 | 20 | 6 | 25 | 150 |  |
|  | ~~urodzenie się dziecka ubezpieczonemu (P4)~~ |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ~~urodzenie się martwego dziecka (P5) ubezpieczonemu~~ |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ~~zgon dziecka ubezpieczonego (P6)~~ |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ~~zgon dziecka ubezpieczonego (P7) spowodowany wypadkiem~~ |  |  |  |  |  |  |  |
|  | trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany: | 500 | 600 | 5 | 10 | 20 | 200 |  |
|  | wypadkiem (P8) | 100% kwoty pkt. 9 | |  |  |  |  |  |
|  | zawałem serca lub udarem mózgu (P9) | 100% kwoty pkt. 9 | |  |  |  |  |  |
|  | leczenie szpitalne ubezpieczonego: (P10) spowodowane: | 90 | 110 | 2 | 10 | 10 | 100 |  |
|  | zawałem serca lub udarem mózgu (D10) | +100% kwoty P10 | |  |  |  |  |  |
|  | wypadkiem (D10) | +150% kwoty P10 | |  |  |  |  |  |
|  | wypadkiem komunikacyjnym (D10) | +240% kwoty P10 | |  |  |  |  |  |
|  | wypadkiem przy pracy (D10) | +240% kwoty P10 | |  |  |  |  |  |
|  | rekonwalescencja poszpitalna (D10) | 50% kwoty P10 | |  |  |  |  |  |
|  | pobyt na oddziale intensywnej terapii (OIT) (D10) | 1 000% kwoty P10 | |  |  |  |  |  |
|  | poważne zachorowanie ubezpieczonego lub współmałżonka/ partnera (P11) | 5 000 | 6 000 | 200 | 20 | 5 | 100 |  |
|  | operacje chirurgiczne (P12) | 2 500 | 3 000 | 100 | 10 | 5 | 50 |  |
|  | leczenie specjalistyczne (P13) | 2 000 | 3 000 | 200 | 10 | 5 | 50 |  |

1. Kryteria dodatkowe – warunki ubezpieczenia:
2. Oświadczamy, że akceptujemy/nie akceptujemy następujące warunki ubezpieczenia, stanowiące kryteria dodatkowe.

Informacja: w kolumnie C Tabeli nr 2 należy wypełnić jedynie puste (białe) komórki - należy wpisać TAK lub NIE stosownie do decyzji w sprawie wprowadzenia do umowy danego ryzyka dodatkowego.

Tabela nr 2

| Warunki ubezpieczenia | | PUNKTACJA | AKCEPTACJA  TAK/NIE |
| --- | --- | --- | --- |
| **A** | | **B** | **C** |
| **NR 1** | rozszerzenie definicji dziecka dla celu świadczenia z tytułu zgonu dziecka | 10 pkt. |  |
| **NR 2** | podwyższenie do 30 dni lub zniesienie 14 dniowego limitu dla podwyższonych świadczeń z tytułu pobytu w szpitalu na skutek nieszczęśliwego wypadku, zawału serca lub udaru mózgu: | **max. 15 pkt.** |  |
| - | podniesienie limitu do 30 dni | 5 pkt. |  |
| - | zniesienie limitu | 10 pkt. |  |
| **NR 3** | rozszerzenie definicji szpitala dla ryzyka leczenia szpitalnego o ośrodki rehabilitacyjne | 5 pkt. |  |
| **NR 4** | rozszerzenie zakresu ryzyka poważnego zachorowania o dodatkowe choroby: | **max. 56 pkt.** |  |
|  | zapalenie wątroby typu b lub c | 3 pkt. |  |
|  | przeszczep narządów | 3 pkt. |  |
|  | paraliż | 3 pkt. |  |
|  | utrata wzroku | 2 pkt. |  |
|  | utrata mowy | 2 pkt. |  |
|  | utrata słuchu | 2 pkt. |  |
|  | utrata kończyn | 2 pkt. |  |
|  | ciężkie oparzenia | 2 pkt. |  |
|  | łagodny nowotwór mózgu | 2 pkt. |  |
|  | oponiak | 3 pkt. |  |
|  | śpiączka | 2 pkt. |  |
|  | operacja aorty | 2 pkt. |  |
|  | choroba Alzheimera | 1 pkt. |  |
|  | operacje zastawek serca w tym również przeszczep zastawek | 2 pkt. |  |
|  | stwardnienie rozsiane | 3 pkt. |  |
|  | choroba Parkinsona | 1 pkt. |  |
|  | zapalenie mózgu | 3 pkt. |  |
|  | schyłkowa niewydolność oddechowa | 2 pkt. |  |
|  | zapalenie opon mózgowo - rdzeniowych | 3 pkt. |  |
|  | zakażenie wirusem HIV, bez możliwości stwierdzenia przyczyny zakażenia | 3 pkt. |  |
|  | borelioza | 3 pkt. |  |
|  | gruźlica | 2 pkt. |  |
|  | wada serca | 2 pkt. |  |
|  | bąblowiec mózgu | 1 pkt. |  |
|  | odkleszczowe zapalenie mózgu | 1 pkt. |  |
|  | zgorzel gazowa | 1 pkt. |  |
| **NR 6** | objęcie ochroną z tytułu leczenia specjalistycznego dodatkowych terapii: | **max. 4 pkt.** |  |
| - | terapia interferonowa w zakresie leczenia stwardnienia rozsianego | 2 pkt. |  |
| - | dializoterapia w leczeniu niewydolności nerek | 2 pkt. |  |
| **NR 7** | wprowadzenie ryzyka „zwrot kosztów aptecznych” | 10 pkt. |  |

1. Oświadczamy, że akceptujemy/nie akceptujemy następujące warunki szczególne, stanowiące kryteria dodatkowe.

Informacja: należy wpisać TAK lub NIE stosownie do decyzji w sprawie wprowadzenia do umowy danego ryzyka dodatkowego

Tabela nr 3

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Warunki ubezpieczenia | AKCEPTACJA TAK/ NIE |
| 1. | **PAKIET DODATKOWY NR 1** |  |
| 2. | **PAKIET DODATKOWY NR 2** |  |
| 3. | **PAKIET DODATKOWY NR 3** |  |

1. **CENA OFERTOWA**

Cena ofertowa stanowi miesięczną składkę zaoferowaną dla pojedynczej osoby ubezpieczonej

w ramach wariantu 1 (Tabela nr 1) i pakietów dodatkowych 1, 2 i 3 (Tabela nr 3).

Oferujemy ubezpieczenie pracowników Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu oraz członków ich rodzin na warunkach określonych w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia za cenę:

1. **w ramach wariantu 1**: ………………………………………….zł miesięcznie

słownie: ………………………………………………………………………………..……………….………………………………………………..………………zł

1. **w ramach pakietów dodatkowych**:

* **nr 1**: ………………………………………….zł miesięcznie

słownie: ………………………………………………………………………………..……………….…………………………………………………zł

* **nr 2**: ………………………………………….zł miesięcznie

słownie: ………………………………………………………………………………..……………….…………………………………………………zł

* **nr 3**: ………………………………………….zł miesięcznie

słownie: ………………………………………………………………………………..……………….…………………………………………………zł

### Wymienione ceny są ostateczne i zawierają wszelkie obciążenia podatkowe oraz inne koszty związane z wykonaniem całości zamówienia zgodnie z treścią oferty.

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią SIWZ i akceptuję jej postanowienia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Wzoru umowy – zał. nr 7 do SIWZ i akceptuję jego postanowienia.
3. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą przez okres 60 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że zamierzam powierzyć podwykonawcy/om wykonanie następujących części zamówienia:

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

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

(należy wskazać części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć).

1. Oświadczam, że w rozumieniu przepisów art. 7 ust. 1 pkt 1 - 3 ustawy z dnia 06. 03. 2018 r. Prawo przedsiębiorców (tekst jedn. - Dz. U. z 2018 r., poz. 646, z późn. zm.) jestem: mikroprzedsiębiorcą / małym przedsiębiorcą / średnim przedsiębiorcą / dużym przedsiębiorcą *(niewłaściwe skreślić)*

Data Pieczęć i podpis Wykonawcy