**Oznaczenie postępowania: ZP.272.7.2025**

**Załącznik nr 1 do SWZ**

|  |
| --- |
| **FORMULARZ OFERTY** |

**ZAMAWIAJĄCY:**

Powiat Radomszczański

ul. Leszka Czarnego 22

97-500 Radomsko

|  |  |
| --- | --- |
| Dane Wykonawcy / Wykonawców występujących wspólnie |  |
| Adres Wykonawcy: ulica, nr lokalu, kod, miejscowość |  |
| Osoba do kontaktu w sprawie postępowania: Imię i nazwisko, nr telefonu, e-mail |  |
| REGON: |  |
| NIP: |  |

**1.** My, niżej podpisani,

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

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

działając w imieniu i na rzecz

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

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP /REGON, KRS/CEiDG)*

w odpowiedzi na ogłoszone postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego na usługi prowadzone w trybie podstawowym w oparciu o art. 275 ust. 1. ustawy z dn. 11 września 2019 r. – *Prawo zamówień publicznych* (Dz.U. 2024 poz. 1320 ze zm.) na **„Ubezpieczenie grupowe na życie dla pracowników Starostwa Powiatowego w Radomsku oraz pracowników jednostek organizacyjnych Powiatu Radomszczańskiego”**, składamy niniejszą ofertę.

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

**2.** Oświadczamy, że zamówienie zrealizujemy:

☐ bez udziału podwykonawców,

☐ z udziałem niżej wskazanych podwykonawców,

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

1. **OŚWIADCZENIA:**Ja(my) niżej podpisany(i) oświadczam(y), że
   1. Uważam(y) się za związanego(ych) niniejszą ofertą przez okres wskazany w SWZ;
   2. Akceptujemy projektowane postanowienia umowy w sprawie zamówienia, w tym warunki płatności, zawarte w specyfikacji warunków zamówienia;
   3. W przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego na warunkach określonych w specyfikacji warunków zamówienia i zgodnie ze złożoną ofertą;
   4. Wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO tj. 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) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu;

Uwaga: W przypadku, gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (wówczas Wykonawca może dokonać wykreślenia treści oświadczenia w formularzu ofertowym).

* 1. Działając jako towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych posiadamy w statucie zapis, z którego wynika, że towarzystwo będzie ubezpieczało także osoby nie będące członkami towarzystwa. Osoby te nie będą zobowiązane do udziału w pokrywaniu strat towarzystwa przez wnoszenie dodatkowej składki - zgodnie z art. 111 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (t.j. Dz. U. 2024 poz. 838 z późn. zm.) (Dotyczy Wykonawców działających w formie towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych);
  2. Zgodnie z definicją zawartą w zaleceniu Komisji z dn. 6 maja 2003 r. dotyczącym definicji przedsiębiorstw mikro, małych i średnich (Dz. Urz. UE nr 2003/361/WE), jestem (zaznaczyć właściwe):

☐ mikroprzedsiębiorstwem

☐ małym przedsiębiorstwem

☐ średnim przedsiębiorstwem

a w przypadku braku spełniania przesłanek definicji ustawowej, oświadczam że jestem:

☐ dużym przedsiębiorstwem

Uwaga:

W przypadku Wykonawców składających ofertę wspólną należy wypełnić dla każdego podmiotu osobno.

*Mikroprzedsiębiorstwo to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 mln Euro.*

*Małe przedsiębiorstwo to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 mln Euro.*

*Średnie przedsiębiorstwo to przedsiębiorstwo, które nie jest mikroprzedsiębiorstwem ani małym przedsiębiorstwem i które zatrudnia mniej niż 250 osób i którego roczny obrót nie przekracza 50 mln Euro lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 mln Euro.*

* 1. Oferta:

☐ nie zawiera informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa, w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji

☐ zawiera informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów   
o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. *(należy dołączyć do oferty w odrębnym pliku)*

*Zaznaczyć właściwe pole (brak zaznaczenia będzie oznaczać, że Wykonawca nie dołącza do oferty informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa.)*

Uzasadnienie *(należy wskazać zakres informacji zastrzeżonych jako tajemnica przedsiębiorstwa i wykazać, ze zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa, w przypadku zaznaczenia drugiego pola):*

*…………………………..............................................................................……………………………………………*

*Uzasadnienie można złożyć na osobnym podpisanym dokumencie.*

* 1. Świadomi odpowiedzialności karnej oświadczamy, że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny aktualny na dzień złożenia niniejszej oferty (art. 297 k.k.);
  2. Dane umożliwiające dostęp do dokumentów potwierdzających umocowanie do reprezentowania wykonawcy, wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, podmiotów udostępniających zasoby, jeżeli wykonawca z nich korzysta (takie jak np. odpis lub informacja z Krajowego Rejestru Sądowego, Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub innego właściwego rejestru):

☐ https://ekrs.ms.gov.pl/web/wyszukiwarka-krs/strona-glowna/

☐ https://prod.ceidg.gov.pl/CEIDG/CEIDG.Public.UI/Search.aspx

☐ inny rejestr …………………………………………………………………………………..…………………………………

* 1. Do ofery mają zastosowanie następujące ogólne warunki ubezpieczenia:
     1. ...............................................................................................................................
     2. ………………………………………………………………………………………………………………………….
     3. …………………………………………………………………………………………………………………….……
     4. ………………………………………………………………………………………………………………………….
     5. ………………………………………………………………………………………………………………………….
  2. Załącznikami do niniejszej oferty, stanowiącymi jej integralną cześć są:
     1. ...............................................................................................................................
     2. ...............................................................................................................................
     3. ...............................................................................................................................
     4. ...............................................................................................................................

1. **Oferujemy wykonanie niniejszego zamówienia w przewidywanym okresie trwania umowy za cenę i na warunkach przedstawionych w niniejszej ofercie:**

**CENA oferty za pełny okres ochrony ubezpieczeniowej** (należy wpisać cenę za 24 miesięcy okresu ochrony, obliczoną zgodnie z kalkulacją oferty cenowej, przedstawionej poniżej, wg wzoru podanego w pkt 14 Dział I, SWZ)**:**

…………………………………………………………………………………………. (cena netto = cena brutto)

Zgodnie z Ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług, usługi ubezpieczeniowe są zwolnione z podatku VAT (nie podlegają VAT), a podane w ofercie ceny są cenami ostatecznymi (brutto) - (Dz.U. 2024 poz. 361 ze zm.).

1. **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 | 57 000,00 zł |  |
| 2 | Zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku | 120 000,00 zł |  |
| 3 | Zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego | 160 000,00 zł |  |
| 4 | Zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku powstałego w trakcie wykonywania czynności zawodowych | 160 000,00 zł |  |
| 5 | Zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego powstałego w trakcie wykonywania czynności zawodowych | 220 000,00 zł |  |
| 6 | Zgon Ubezpieczonego wskutek zawału serca/ udaru mózgu | 75 000,00 zł |  |
| 7 | Trwały Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały wskutek nieszczęśliwego wypadku – za 1% | 700,00 zł |  |
| 8 | Trwały Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały wskutek zawału serca/ udaru mózgu - za 1% | 150,00 zł |  |
| 9 | Zgon Współmałżonka/Partnera życiowego Ubezpieczonego | 17 000,00 zł |  |
| 10 | Zgon Współmałżonka/Partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku | 34 000,00 zł |  |
| 11 | Zgon Dziecka | 6 500,00 zł |  |
| 12 | Urodzenie się Dziecka Ubezpieczonemu | 1 600,00 zł |  |
| 13 | Urodzenie martwego Dziecka | 3 200,00 zł |  |
| 14 | Osierocenie Dziecka przez Ubezpieczonego | 6 000,00 zł |  |
| 15 | Zgon Rodzica / Rodzica Współmałżonka/ Partnera życiowego | 2 050,00 zł |  |
| 16 | Dzienne świadczenie szpitalne Ubezpieczonego | 220,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem |  |
| 80,00 zł/ dzień – od 15 dnia pobytu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem |  |
| 80,00 zł/ dzień – pobyt spowodowany chorobą |  |
| 240,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym |  |
| 240,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem w trakcie wykonywania czynności zawodowych |  |
| 300,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w trakcie wykonywania czynności zawodowych |  |
| 120,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu |  |
| 700,00 zł – świadczenie jednorazowe z tytułu pobytu na Oddziale Intensywnej Terapii |  |
| 38,00 zł/ dzień – świadczenie do 30 dnia rekonwalescencji |  |
| 17 | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | 7 000,00 zł |  |
| 18 | Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego | 2 000,00 zł |  |
| 19 | Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego | Suma Ubezpieczenia: 750,00 zł |  |
| 20 | Niezdolność Ubezpieczonego do pracy | 7 000,00 zł |  |
| 21 | Karta Apteczna | 200,00 zł |  |
| **Składka miesięczna za jedną osobę objętą ochroną ubezpieczeniową** | | **Wymagana przez Zamawiającego maksymalna wysokość składki** (zł) | **Wysokość składki, oferta Wykonawcy** (zł) |
| **61,25 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 | 67 000,00 zł |  |
| 2 | Zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku | 135 000,00 zł |  |
| 3 | Zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego | 190 000,00 zł |  |
| 4 | Zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku powstałego w trakcie wykonywania czynności zawodowych | 190 000,00 zł |  |
| 5 | Zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego powstałego w trakcie wykonywania czynności zawodowych | 265 000,00 zł |  |
| 6 | Zgon Ubezpieczonego wskutek zawału serca/ udaru mózgu | 90 000,00 zł |  |
| 7 | Trwały Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały wskutek nieszczęśliwego wypadku – za 1% | 700,00 zł |  |
| 8 | Trwały Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały wskutek zawału serca/ udaru mózgu - za 1% | 650,00 zł |  |
| 9 | Zgon Współmałżonka/Partnera życiowego Ubezpieczonego | 17 000,00 zł |  |
| 10 | Zgon Współmałżonka/Partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku | 35 000,00 zł |  |
| 11 | Zgon Dziecka | 7 000,00 zł |  |
| 12 | Urodzenie się Dziecka Ubezpieczonemu | 1 850,00 zł |  |
| 13 | Urodzenie martwego Dziecka | 3 700,00 zł |  |
| 14 | Osierocenie Dziecka przez Ubezpieczonego | 6 500,00 zł |  |
| 15 | Zgon Rodzica / Rodzica Współmałżonka/ Partnera życiowego | 2 150,00 zł |  |
| 16 | Dzienne świadczenie szpitalne Ubezpieczonego | 230,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem |  |
| 90,00 zł/ dzień – od 15 dnia pobytu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem |  |
| 90,00 zł/ dzień – pobyt spowodowany chorobą |  |
| 260,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym |  |
| 260,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem w trakcie wykonywania czynności zawodowych |  |
| 330,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w trakcie wykonywania czynności zawodowych |  |
| 130,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu |  |
| 800,00 zł – świadczenie jednorazowe z tytułu pobytu na Oddziale Intensywnej Terapii |  |
| 43,00 zł/ dzień – świadczenie do 30 dnia rekonwalescencji |  |
| 17 | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | 13 500,00 zł |  |
| 18 | Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego | 2 800,00 zł |  |
| 19 | Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego | Suma Ubezpieczenia: 1 900,00 zł |  |
| 20 | Niezdolność Ubezpieczonego do pracy | 13 500,00 zł |  |
| 21 | Karta Apteczna | 450,00 zł |  |
| **Składka miesięczna za jedną osobę objętą ochroną ubezpieczeniową** | | **Wymagana przez Zamawiającego maksymalna wysokość składki** (zł) | **Wysokość składki, oferta Wykonawcy** (zł) |
| **71,00 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 | 85 000,00 zł |  |
| 2 | Zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku | 170 000,00 zł |  |
| 3 | Zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego | 255 000,00 zł |  |
| 4 | Zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku powstałego w trakcie wykonywania czynności zawodowych | 255 000,00 zł |  |
| 5 | Zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego powstałego w trakcie wykonywania czynności zawodowych | 340 000,00 zł |  |
| 6 | Zgon Ubezpieczonego wskutek zawału serca/ udaru mózgu | 125 000,00 zł |  |
| 7 | Trwały Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały wskutek nieszczęśliwego wypadku – za 1% | 850,00 zł |  |
| 8 | Trwały Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały wskutek zawału serca/ udaru mózgu - za 1% | 770,00 zł |  |
| 9 | Zgon Współmałżonka/Partnera życiowego Ubezpieczonego | 25 000,00 zł |  |
| 10 | Zgon Współmałżonka/Partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku | 50 000,00 zł |  |
| 11 | Zgon Dziecka | 9 500,00 zł |  |
| 12 | Urodzenie się Dziecka Ubezpieczonemu | 2 500,00 zł |  |
| 13 | Urodzenie martwego Dziecka | 5 000,00 zł |  |
| 14 | Osierocenie Dziecka przez Ubezpieczonego | 14 000,00 zł |  |
| 15 | Zgon Rodzica / Rodzica Współmałżonka/ Partnera życiowego | 2 900,00 zł |  |
| 16 | Dzienne świadczenie szpitalne Ubezpieczonego | 340,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem |  |
| 140,00 zł/ dzień – od 15 dnia pobytu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem |  |
| 140,00 zł/ dzień – pobyt spowodowany chorobą |  |
| 400,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym |  |
| 400,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem w trakcie wykonywania czynności zawodowych |  |
| 450,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w trakcie wykonywania czynności zawodowych |  |
| 200,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu |  |
| 1 600,00 zł – świadczenie jednorazowe z tytułu pobytu na Oddziale Intensywnej Terapii |  |
| 60,00 zł/ dzień – świadczenie do 30 dnia rekonwalescencji |  |
| 17 | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | 19 000,00 zł |  |
| 18 | Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego | 4 500,00 zł |  |
| 19 | Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego | Suma Ubezpieczenia: 4 000,00 zł |  |
| 20 | Niezdolność Ubezpieczonego do pracy | 27 000,00 zł |  |
| 21 | Karta Apteczna | 550,00 zł |  |
| **Składka miesięczna za jedną osobę objętą ochroną ubezpieczeniową** | | **Wymagana przez Zamawiającego maksymalna wysokość składki** (zł) | **Wysokość składki, oferta Wykonawcy** (zł) |
| **92,00 zł** |  |

**Uwaga:**

**W przypadku, kiedy Wykonawca zadeklaruje składkę na poziomie wyższym niż określony przez Zamawiającego, jako maksymalna wysokość składki lub gdy Wykonawca nie wskaże wysokości składki (pozostawi puste pole) Zamawiający odrzuci ofertę Wykonawcy.**

**W przypadku, kiedy Wykonawca zadeklaruje świadczenia na poziomie niższym niż określony przez Zamawiającego, jako minimalna wysokość świadczenia lub gdy Wykonawca nie wskaże wysokości świadczenia (pozostawi puste pole) Zamawiający odrzuci ofertę Wykonawcy.**

1. Techniczną obsługę ubezpieczeń wykonywać będzie jednostka w ……………………………….. przy ul. ………………………….., tel. ………………. / Wskażemy w ciągu 7 dni od dnia podpisania umowy jednostkę w ………………….., która będzie wykonywała techniczną obsługę ubezpieczeń i w tym terminie podamy dane teleadresowe jednostki.
2. Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej ( jeżeli dotyczy):

Nazwisko, imię: ..............................................................................................................

Stanowisko: .....................................................................................................................

Telefon: .............................................................

e-mail: ...…………………......…………………………………………………………

1. Inne informacje Wykonawcy:

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

**Ofertę należy podpisać w sposób wskazany w SWZ.**