Załącznik nr 2 do siwz G–3710-17/19

…………………………………………….

 (pieczęć Wykonawcy)

**Zamawiający:**

Sąd Rejonowy w Białymstoku,

ul. A. Mickiewicza 103, 15-950 Białystok

FORMULARZ OFERTY

Dane Wykonawcy/Wykonawców w przypadku oferty wspólnej \*

Nazwa: ……………………………………………………………………………………….....…

Adres: ul. ….……………………………………………………………………………..……..…

Kod: ................... miasto: ................................................. województwo: ......................................

Adres do korespondencji (wypełnić, jeżeli jest inny niż adres siedziby) ……………………………………..

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

Numer telefonu: ………………………………………………………………………………..….

Adres e-mail, na który Zamawiający ma przesłać korespondencję: ……………………..….…………………...

Osoba upoważniona do kontaktów …………………………..………………………, tel. ……………………………..….

NIP: ..............................................................., REGON: ..................................................................

\* w przypadku oferty wspólnej, np. konsorcjum, spółki cywilnej należy podać dane dotyczące wszystkich Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie oraz dane Pełnomocnika.

* + - 1. Odpowiadając na ogłoszenie w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego realizowanym w trybie przetargu nieograniczonego na „ usługę grupowego ubezpieczenia na życie pracowników oraz członków rodzin pracowników Sądu Rejonowego w Białymstoku „ znak postępowania: G–3710-17/19
			2. Składamy ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia, którego zakres określono w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia na następujących warunkach:

w cenie łącznej brutto: .................................... zł

słownie: ....................................................................................................................................złotych,

i jest to cena podana zgodnie z wymaganiami określonymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

Oświadczamy, ze usługa ubezpieczenia zwolniona jest z podatku VAT zgodnie z art. 43 ust. 1 pkt. 37 ustawy z dnia 11 marca 2004 roku o podatku od towarów i usług ( Dz. U. z 2018 poz. 2174 z późn. zm.)

Cena brutto oferty została wyliczona wg poniższego wzoru:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Przewidywana ilość osób, które przystąpią do ubezpieczenia | Ilość miesięcy | Składka miesięczna za 1 osobę w zł | Cena brutto w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4=1x2x3 |
| 496 | 24 | ………….. | …………… |

* + - 1. Oświadczamy, iż:

oferujemy realizację przedmiotu zamówienia zgodnie z warunkami określonymi w SIWZ;

cena podana w pkt 3 nie ulegnie podwyższeniu przez okres realizacji umowy;

akceptujemy warunki płatności za zrealizowany przedmiot zamówienia określone we wzorze umowy , stanowiącym załącznik nr 7 do SIWZ.

Oferta obejmuje okres ubezpieczenia wskazany w SIWZ to jest od dnia 01.01.2020r do dnia 31.12.2021r.

Oferujemy następujący zakres ubezpieczenia oraz wysokość świadczeń:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Rodzajzdarzenia ubezpieczeniowego | Minimalna wysokość świadczenia w zł | Proponowana przez Wykonawcę wysokość świadczenia w zł |
| 1 | Śmierć naturalna ubezpieczonego | 42 000 |  |
| 2 | Śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku | 120 000 |  |
| 3 | Śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego  | 180 000 |  |
| 4 | Śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy  | 180 000 |  |
| 5 | Śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy | 250 000 |  |
| 6 | Śmierć ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu  | 80 000 |  |
| 7 | Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku- świadczenie za 1% | 600 |  |
| 8 | Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku- świadczenie za 100% | 60 000 |  |
| 9 | Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu – świadczenie za 1% | 400 |  |
| 10 | Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu – świadczenie za 100% | 40 000 |  |
| 11 | Poważne (ciężkie) zachorowanie | 7 000 |  |
| 12 | Operacje chirurgiczne (świadczenie za najbardziej skomplikowaną klasę operacji zgodnie z OWU Wykonawcy) | 5 000 |  |
| 13 | Specjalistyczne leczenie | 5 000 |  |
| 14 | Pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – 1-14 dni – za każdy dzień pobytu | 120 |  |
| 15 | Pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – powyżej 14 dni – za każdy dzień pobytu | 60 |  |
| 16 | Pobyt w szpitalu spowodowany chorobą – 1-14 dni – za każdy dzień pobytu | 50 |  |
| 17 | Pobyt w szpitalu spowodowany chorobą – powyżej 14 dni – za każdy dzień pobytu | 60 |  |
| 18 | Pobyt w szpitalu spowodowany wypadkiem komunikacyjnym – 1-14 dni – za każdy dzień pobytu | 200 |  |
| 19 | Pobyt w szpitalu spowodowany wypadkiem komunikacyjnym- powyżej 14 dni – za każdy dzień pobytu | 50 |  |
| 20 | Pobyt w szpitalu spowodowany wypadkiem przy pracy – 1-14 dni – za każdy dzień pobytu | 200 |  |
| 21 | Pobyt w szpitalu spowodowany wypadkiem przy pracy- powyżej 14 dni – za każdy dzień pobytu | 50 |  |
| 22 | Pobyt w szpitalu spowodowany wypadkiem komunikacyjnym przy pracy – 1-14 dni – za każdy dzień pobytu | 200 |  |
| 23 | Pobyt w szpitalu spowodowany wypadkiem komunikacyjnym przy pracy- powyżej 14 dni – za każdy dzień pobytu | 50 |  |
| 24 | Pobyt w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu – 1-14 dni – za każdy dzień pobytu | 120 |  |
| 25 | Pobyt w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu – powyżej 14 dni – za każdy dzień pobytu | 50 |  |
| 26 | Pobyt na OIOM (OIT) – świadczenie jednorazowe lub za każdy dzień pobytu | 500Jednorazowo lub 100 PLN za każdy dzień, liczba płatnych dni – 5 ) |  |
| 27 | Rekonwalescencja (za jeden dzień zwolnienia) | 30 |  |
| 28 | Śmierć naturalna małżonka/partnera życiowego | 15 000 |  |
| 29 | Śmierć małżonka/partner życiowy w wyniku NNW  | 30 000 |  |
| 30 | Śmierć dziecka | 5 000 |  |
| 31 | Śmierć dziecka w wyniku NNW | 6 000 |  |
| 32 | Urodzenie dziecka  | 1 500 |  |
| 33 | Urodzenie martwego dziecka  | 3 000 |  |
| 34 | Osierocenie dziecka  | 5 000 |  |
| 35 | Śmierć rodziców i teściów | 2 000 |  |
| 36 | Trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku NNW i choroby | 10 000 |  |
| 37 | Karta apteczna | 200 |  |

W przypadku nie wypełnienia tabeli lub jej błędnego wypełnienia, do oferty Wykonawcy będą miały zastosowanie minimalne wysokości świadczeń wskazane w tabeli jako minimalne.

Zaakceptowanie klauzul dodatkowych:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa klauzuli | Ilość punktów | Akceptacja klauzuliTAK/ NIE |
| 1. | Klauzula nr 1 – rozszerzająca odpowiedzialność Wykonawcy za pobyt w szpitalu | 10 | ………… |
| 2. | Klauzula nr 2 – rozszerzająca odpowiedzialność Wykonawcy o specjalistyczne zabiegi chirurgiczne  | 10 | ……….. |
| 3. | Klauzula nr 3 – rozszerzająca odpowiedzialność Wykonawcy o dodatkowe świadczenie związane z ryzykiem operacji chirurgicznych  | 5 | ……….. |
| 4. | Klauzula nr 4 – rozszerzająca odpowiedzialność Wykonawcy o dodatkowe świadczenie związane z ryzykiem trwałego uszczerbku na zdrowiu | 5 | ………… |
| 5. | Klauzula nr 5 – rozszerzająca odpowiedzialność Wykonawcy o ryzyko poważnego zachorowania dziecka  | 5 | ………….. |
| 6. | Klauzula nr 6 – rozszerzająca zakres indywidualnej kontynuacji | 5 | ………….. |

W kolumnie „Akceptacja” w wierszu dotyczącym akceptowanej klauzuli dodatkowej proszę wpisać słowo „TAK” w przypadku przyjęcia danej klauzuli lub słowo NIE” w przypadku nie przyjęcia danej klauzuli. Brak sowa TAK lub NIE lub wpisanie innego słowa uznane zostanie jako niezaakceptowanie danej klauzuli dodatkowej.

* + - 1. Okres wykonania zamówienia: 24 miesiące od dnia podpisania umowy , nie wcześniej jednak niż od dni 01.01.2020r.
			2. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni liczony od terminu składania ofert określonego w SIWZ.
			3. Oświadczamy, iż Zamawiający nie będzie zobowiązany do pokrywania strat Wykonawcy działającego w formie towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych przez wnoszenie dodatkowej składki, zgodnie z art. 111 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej ( Dz. U. z 2019 poz. 381 )
			4. Oświadczamy, iż zawarty w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia Wzór umowy (Załącznik nr 7 do SIWZ) został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy na warunkach w niej określonych, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
			5. Oświadczamy, iż:
				1. zamówienie zrealizujemy we własnym zakresie\*
				2. zamierzamy powierzyć do realizacji przez podwykonawcę następujące części zamówienia\*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Część zamówienia powierzonego do wykonania przez Podwykonawcę\*\* | Firma Podwykonawcy (*nazwa, pod którą działa*)\*\*\* |
|  |  |  |
|  |  |  |

\* niepotrzebne skreślić

\*\* Wykonawca jest zobowiązany podać szczegółowy zakres prac, które zamierza powierzyć podwykonawcy

\*\*\* Wykonawca jest zobowiązany podać firmę Podwykonawcy, o ile jest to wiadome

* + - 1. Oświadczamy, iż jesteśmy mikroprzedsiębiorstwem, małym lub średnim przedsiębiorstwem**1)**:
				1. tak**\***
				2. nie**\***

**\*** niepotrzebne skreślić

* + - 1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO2) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
				1. \*tak
				2. \*nie
				3. \*nie dotyczy

**\*** niepotrzebne skreślić

12. Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczamy, iż załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny i prawny, aktualny na dzień otwarcia ofert.

13. Ofertę niniejszą składamy na ….… zapisanych i kolejno ponumerowanych stronach (od nr ….… do nr …...).

* + - 1. Wraz z ofertą składamy następujące oświadczenia i dokumenty:
				1. ………………………………………..
				2. ………………………………………..
				3. ………………………………………..
				4. ………………………………………..
				5. ………………………………………..

………………………………………

 /miejscowość i data/

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

 /podpis osoby/osób upoważnionej do występowania w imieniu wykonawcy/

 (pożądany czytelny podpis albo podpis i pieczątka z imieniem i nazwiskiem)

1) Zgodnie z zaleceniem Komisji z dnia 6 maja 2003 dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz. U.L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów euro.

Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów euro.

Średnie przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które nie jest mikroprzedsiębiorstwem ani małym przedsiębiorstwem i które zatrudnia mniej niż 250 osób i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów euro.

2) 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).

3) Jeżeli 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 nie składa.