**ZAŁĄCZNIK nr 4 do ZAPYTANIA OFERTOWEGO**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Dane dotyczące Wykonawcy:**

Nazwa .............................................................................................................................................

Adres siedziby ...................................................................................................................................

NIP:| | | | \_\_ | | | \_\_ | | | \_\_ |

REGON:| | | | | | | | | | |

Adres e-mail …………….………..……………………………………………………………………………………………………….

Telefon ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Faks ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Niniejszym przedkładamy naszą ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, prowadzonego w trybie zamówienia ofertowego na usługę pn. **„Grupowe ubezpieczenie na życie dla pracowników Filharmonii Śląskiej im. Henryka Mikołaja Góreckiego w Katowicach oraz członków ich rodzin”**

1. Oświadczamy, że uzyskaliśmy informacje niezbędne do przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia.
2. W przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Ubezpieczającego.
3. Cena oferty zawiera wszelkie koszty związane z realizacją niniejszego zamówienia.
4. Osobą uprawnioną do podpisania umowy w imieniu Ubezpieczyciela jest:

*……….................................................................................................................................................................(proszę podać imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe)*

1. Oferujemy wykonanie zamówienia zgodnie z wymaganiami ZAPYTANIA OFERTOWEGO tj. **w okresie od od 01.11.2020 roku do 31.10.2021 roku** w zakresie określonym w tabelach poniżejza cenę oferty   
   w złotych polskich, obliczoną zgodnie z postanowieniami zapytania ofertowego - „Opis sposobu obliczania ceny”:

cena brutto: …………………… PLN

słownie cena brutto w PLN: …………………………………………………………………………………………………………..

1. Oferujemy następujący zakres ubezpieczenia i wysokość świadczeń dla ubezpieczonych:
2. **zakres ubezpieczenia i wysokość świadczeń dla ubezpieczonych w WARIANCIE I:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ŚWIADCZENIA | | Minimalna wysokość świadczenia  w PLN | Wysokość świadczenia wg oferty Wykonawcy  w PLN | Punkty |
| 1. | Śmierć ubezpieczonego | 80 000 |  | 7 |
| 2. | Śmierć ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 190 000 |  | 4 |
| 3. | Śmierć ubezpieczonego w następstwie zawału serca  lub udaru mózgu | 100 000 |  | 4 |
| 4. | Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy | 310 000 |  | 2 |
| 5. | Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego | 310 000 |  | 2 |
| 6. | Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy | 440 000 |  | 2 |
| 7. | Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie NW - świadczenie za 1% trwałego uszczerbku | 600 |  | 6 |
| 8. | Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie wypadku przy pracy - świadczenie za 1% trwałego uszczerbku | 1 000 |  | 5 |
| 9. | Trwały uszczerbek spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu - świadczenie za 1% trwałego uszczerbku | 600 |  | 6 |
| 10. | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | 9 000 |  | 5 |
| 11. | Operacje chirurgiczne | 0 |  | 0 |
| 12. | Całkowita trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 10 000 |  | 5 |
| 13. | Całkowita trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji w skutek choroby | 10 000 |  | 5 |
| 14. | Leczenie szpitalne: |  |  |  |
| - za każdy dzień pobytu w szpitalu spowodowany chorobą | 85 |  | 2 |
| - za każdy dzień pobytu w szpitalu w skutek NW przez pierwsze 14 dni pobytu | 180 |  | 2 |
| - za każdy dzień pobytu w szpitalu w skutek NW po 14 dniu pobytu | 180 |  | 2 |
| - za każdy dzień pobytu w szpitalu w skutek zawału serca lub udaru mózgu przez pierwsze 14 dni pobytu | 95 |  | 2 |
| - za każdy dzień pobytu w szpitalu w skutek wypadku przy pracy przez pierwsze 14 dni pobytu | 210 |  | 2 |
| - za każdy dzień pobytu w szpitalu w skutek wypadku komunikacyjnego przez pierwsze 14 dni pobytu | 210 |  | 2 |
| - za każdy dzień pobytu w szpitalu w skutek wypadku komunikacyjnego przy pracy przez pierwsze 14 dni pobytu | 270 |  | 2 |
| 15. | Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu na OIOM | 500 |  | 2 |
| 16. | Świadczenie za dzień rekonwalescencji | 25 |  | 1 |
| 17. | Śmierć małżonka | 12 500 |  | 4 |
| 18. | Śmierć małżonka wskutek NW | 25 000 |  | 2 |
| 19. | Śmierć małżonka wskutek NW komunikacyjnego | 37 500 |  | 1 |
| 20. | Śmierć rodzica lub teścia | 2 000 |  | 2 |
| 21. | Śmierć rodzica lub teścia wskutek NW | 2 000 |  | 1 |
| 22. | Śmierć dziecka do 25 roku życia | 6 000 |  | 2 |
| 23. | Śmierć dziecka do 25 roku życia wskutek NW | 12 000 |  | 1 |
| 24. | Urodzenie się dziecka | 1 800 |  | 2 |
| 25. | Urodzenie martwego dziecka | 3 600 |  | 1 |
| 26. | Urodzenie się dziecka w wyniku ciąży mnogiej | 1 800 |  | 1 |
| 27. | Urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną | 1 800 |  | 1 |
| 28. | Urodzenie się dziecka z niską punktacją w skali APGAR | 1 800 |  | 1 |
| 29. | Osierocenie dziecka | 6 000 |  | 2 |
| 30. | Poważne zachorowanie małżonka | 3 000 |  | 2 |
| 31. | Leczenie specjalistyczne | 3 000 |  | 3 |
| 32. | Leczenie szpitalne dziecka |  |  |  |
| - za każdy dzień pobytu w szpitalu w skutek NW przez pierwsze 14 dni pobytu | 100 |  | 1 |
| - za każdy dzień pobytu w szpitalu w skutek NW po 14 dniu pobytu i za pobytu w szpitalu spowodowany chorobą | 50 |  | 1 |
| 33. | Choroba nowotworowa | 3 500 |  | 1 |
| 34. | Assistance medyczny | TAK/NIE |  | 1/0 |

1. **zakres ubezpieczenia i wysokość świadczeń dla ubezpieczonych w WARIANCIE II:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ŚWIADCZENIA | | Minimalna wysokość świadczenia  w PLN | Wysokość świadczenia wg oferty Wykonawcy  w PLN | Punkty |
| 1. | Śmierć ubezpieczonego | 140 000 |  | 8 |
| 2. | Śmierć ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 280 000 |  | 5 |
| 3. | Śmierć ubezpieczonego w następstwie zawału serca  lub udaru mózgu | 200 000 |  | 5 |
| 4. | Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy | 360 000 |  | 4 |
| 5. | Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego | 360 000 |  | 4 |
| 6. | Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy | 480 000 |  | 4 |
| 7. | Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie NW - świadczenie za 1% trwałego uszczerbku | 1 000 |  | 6 |
| 8. | Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie wypadku przy pracy - świadczenie za 1% trwałego uszczerbku | 1 400 |  | 5 |
| 9. | Trwały uszczerbek spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu - świadczenie za 1% trwałego uszczerbku | 1 000 |  | 6 |
| 10. | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | 20 000 |  | 6 |
| 11. | Operacje chirurgiczne:  Grupa I  Grupa II  Grupa III  Grupa IV  Grupa V | 5 000  3 750  2 500  1 250  625 |  | 5 |
| 12. | Całkowita trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 30 000 |  | 7 |
| 13. | Całkowita trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji w skutek choroby | 30 000 |  | 6 |
| 14. | Leczenie szpitalne: |  |  |  |
| - za każdy dzień pobytu w szpitalu spowodowany chorobą | 110 |  | 2 |
| - za każdy dzień pobytu w szpitalu w skutek NW przez pierwsze 14 dni pobytu | 210 |  | 2 |
| - za każdy dzień pobytu w szpitalu w skutek NW po 14 dniu pobytu | 210 |  | 2 |
| - za każdy dzień pobytu w szpitalu w skutek zawału serca lub udaru mózgu przez pierwsze 14 dni pobytu | 140 |  | 2 |
| - za każdy dzień pobytu w szpitalu w skutek wypadku przy pracy przez pierwsze 14 dni pobytu | 260 |  | 2 |
| - za każdy dzień pobytu w szpitalu w skutek wypadku komunikacyjnego przez pierwsze 14 dni pobytu | 260 |  | 2 |
| - za każdy dzień pobytu w szpitalu w skutek wypadku komunikacyjnego przy pracy przez pierwsze 14 dni pobytu | 330 |  | 2 |
| 15. | Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu na OIOM | 600 |  | 2 |
| 16. | Świadczenie za dzień rekonwalescencji | 30 |  | 1 |
| 17. | Śmierć małżonka | 0 |  | 0 |
| 18. | Śmierć małżonka wskutek NW | 0 |  | 0 |
| 19. | Śmierć małżonka wskutek NW komunikacyjnego | 0 |  | 0 |
| 20. | Śmierć rodzica lub teścia | 500 |  | 2 |
| 21. | Śmierć rodzica lub teścia wskutek NW | 500 |  | 1 |
| 22. | Śmierć dziecka do 25 roku życia | 0 |  | 0 |
| 23. | Śmierć dziecka do 25 roku życia wskutek NW | 0 |  | 0 |
| 24. | Urodzenie się dziecka | 500 |  | 2 |
| 25. | Urodzenie martwego dziecka | 1 000 |  | 1 |
| 26. | Urodzenie się dziecka w wyniku ciąży mnogiej | 0 |  | 0 |
| 27. | Urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną | 0 |  | 0 |
| 28. | Urodzenie się dziecka z niską punktacją w skali APGAR | 0 |  | 0 |
| 29. | Osierocenie dziecka | 1 000 |  | 1 |
| 30. | Poważne zachorowanie małżonka | 0 |  | 0 |
| 31. | Leczenie specjalistyczne | 3 000 |  | 3 |
| 32. | Leczenie szpitalne dziecka |  |  |  |
| - za każdy dzień pobytu w szpitalu w skutek NW przez pierwsze 14 dni pobytu | 0 |  | 0 |
| - za każdy dzień pobytu w szpitalu w skutek NW po 14 dniu pobytu i za pobytu w szpitalu spowodowany chorobą | 0 |  | 0 |
| 33. | Choroba nowotworowa | 10 000 |  | 1 |
| 34. | Assistance medyczny | TAK/NIE |  | 1/0 |

1. Nie zamierzam(y) powierzać żadnej części niniejszego zamówienia podwykonawcom / następujące części niniejszego zamówienia zamierzam(y) powierzyć podwykonawcom\*:

|  |  |
| --- | --- |
| Firma podwykonawcy  (o ile jest to wiadome, proszę podać wykaz proponowanych podwykonawców) | Wskazanie części zamówienia |
|  |  |

\* niepotrzebne skreślić

1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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) dalej **„RODO”** wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

\* *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 (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie)*

1. Załącznikami do niniejszej oferty, stanowiącymi jej integralną część są następujące dokumenty:
2. Ogólne warunki ubezpieczenia/Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia (podać rodzaj warunków ubezpieczenia i datę uchwalenia/wejścia w życie)
3. Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu
4. Tabela operacji chirurgicznych
5. Warunki indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia

…………………………....................

*miejscowość i data*

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

*podpis osoby (osób) upoważnionej do reprezentowania Ubezpieczyciela, zgodnie z dokumentem potwierdzającym posiadanie uprawnień do występowania w obrocie prawnym lub udzielonym pełnomocnictwem*