

.....  
pieczęć wykonawcy

FORMULARZ OFERTOWY PROJEKT

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach  
ul. Żeromskiego 5  
25 – 369 Kielce

Dane Wykonawcy:

Nazwa: .....

Siedziba: .....  
(dokładny adres)

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

Adres do korespondencji: .....

Adres poczty elektronicznej: .....

Numer telefonu: .....

Numer faksu: .....

W odpowiedzi na ogłoszone przez Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach postępowanie, prowadzone w trybie przetargu nieograniczonego pn.: Grupowe ubezpieczenie NNW i OC studentów i doktorantów Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach – oznaczenie sprawy DP.2301.24.2017:

1. Oferujemy realizację usługi będącej przedmiotem niniejszego postępowania w zakresie objętym Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia:  
Łączna składka brutto za wszystkie świadczenia objęte zamówieniem w okresie trwania umowy wynosi ..... zł, (słownie: ..... zł)\*

\* kwota przyjęta do oceny ofert w kryterium „łączna cena brutto składki za wszystkie świadczenia”

gdzie:

- 1) NNW w okresie trwania umowy wynosi: ..... zł  
według tabeli

Szacowana liczba ubezpieczonych	Maksymalna składka za 1 osobę	Składka oferowana przez wykonawcę za 1 osobę	Całkowita wysokość składki w okresie trwania umowy (kol. 1 x kol. 3)
1.	2.	3.	4.
2500 osób	45,00 zł	.....	.....

2) OC w zakresie trwania umowy wynosi: ..... zł  
według tabeli

Szacowana liczba ubezpieczonych	Maksymalna składka	Składka oferowana przez wykonawcę za 1 osobę	Całkowita wysokość składki w okresie trwania umowy (kol. 1 x kol. 3)
1.	2.	3.	4.
Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu oraz Wydział Matematyczno-Przyrodniczy, kierunek Fizyka Techniczna łącznie 1400 osób	25,00 zł	.....	.....
Inne Wydziały 1100 osób	25,00 zł	.....	.....
Razem:			.....

3) Oferujemy następujące wysokości świadczeń dla zakresu podstawowego:  
tabela numer 1

Lp.	Rodzaj świadczenia	Minimalna wysokość świadczenia	Oferowana wysokość świadczenia w PLN
1.	Podstawowa suma ubezpieczenia	35.000,00 zł	
2.	Świadczenie za zgon ubezpieczonego w wyniku zajęcia zdarzenia objętego umową ubezpieczenia	35.000,00 zł	
3.	Świadczenie na wypadek 100% uszczerbku na zdrowiu spowodowany NW lub zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia	70.000,00 zł	
4.	Świadczenie płatne za trwały uszczerbek na zdrowiu z tytułu NW lub innego zdarzenia objętego umową ubezpieczenia – płatne za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu (uszczerbek do 50%)	350,00 zł	
5.	Świadczenie płatne za trwały uszczerbek na zdrowiu z tytułu NW lub innego zdarzenia objętego umową ubezpieczenia – płatne za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu (uszczerbek od 51% do 65%)	700,00 zł	
6.	Świadczenie płatne za trwały uszczerbek na zdrowiu z tytułu NW lub innego zdarzenia objętego umową ubezpieczenia – płatne za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu (uszczerbek od 66% do 85%)	700,00 zł	
7.	Świadczenie płatne za trwały uszczerbek na zdrowiu z tytułu NW lub innego zdarzenia objętego umową ubezpieczenia – płatne za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu (uszczerbek od 86% do 99%)	800,00 zł	
8.	Dieta szpitalna płatna od drugiego dnia pobytu w szpitalu za każdy dzień pobytu – płatna do 60 dni	60,00 zł	
9.	Ryczałt za okres czasowej, całkowitej niezdolności do nauki lub pracy. Czas niezdolności minimum 30 dni. Płatne do 120 dni niezdolności w roku polisowym (dotyczy całego okresu niezdolności do nauki lub pracy)	500,00 zł	

10.	Koszty nabycia przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych, wózka inwalidzkiego oraz koszty odbudowy stomatologicznej zębów stałych (minimum 200,00 zł/zęb), niezależnie od tego czy mogły być poniesione z tytułu ubezpieczenia społecznego	5.000,00 zł	
11.	Zwrot kosztów przeszkolenia zawodowego osób niepełnosprawnych	5.000,00 zł	
12.	Koszty leczenia z tytułu NW lub zdarzenia objętego umową ubezpieczenia, poniesione na terenie RP, niezależnie od tego czy mogły być poniesione z tytułu ubezpieczenia społecznego	5.000,00 zł	
13.	Koszty leczenia po ekspozycji – poniesione na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i poza granicami, niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane koszty z tytułu: leczenia po ekspozycji, konsultacji specjalistycznych po ekspozycji, badań diagnostycznych po ekspozycji, szczepień po ekspozycji	5.000,00 zł	

- 4) Oferujemy następujące klauzule dodatkowe:  
tabela nr 2

Lp.	Treść klauzuli	Oferowana wysokość
1.	Jednorazowe świadczenie za zgon w wyniku wady wrodzonej serca studenta poniżej 25 roku życia	..... zł
2.	Jednorazowe świadczenie za zgon studenta spowodowany nowotworem złośliwym	..... zł
3.	Wydłużenie w roku polisowym długości okresu pobytu w szpitalu bez względu na przyczynę, za który płacone jest świadczenie. Ilość dni powyżej 60.	..... zł
4.	Wydłużenie w roku polisowym długości okresu niezdolności do nauki lub pracy, za który płacony jest ryczałt. Ilość dni powyżej 120.	..... zł
5.	Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o świadczenie typu Assistance określone w załączniku nr 2 – opis przedmiotu zamówienia w pkt. 3.15. Limit odpowiedzialności na wszystkie zdarzenia.	..... zł
6.	Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o świadczenia opiekuńcze określone w załączniku nr 2 – opis przedmiotu zamówienia w pkt. 3.16. Limit odpowiedzialności na wszystkie zdarzenia.	..... zł
7.	Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności o skutki (zgon lub uszczerbek na zdrowiu) wystąpienia epilepsji i omdleń o nieustalonej przyczynie. Świadczenie z tytułu zgonu równe podstawowej sumie ubezpieczenia. Świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu wypłacane w takiej samej wysokości i na identycznych zasadach jak w wyniku NW w zakresie podstawowym, określonym w tabeli nr 1.	TAK/NIE*  * niepotrzebne skreślić
8.	Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o zwrot kosztów leczenia poekspozycyjnego – poniesione na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i poza granicami, niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane koszty z tytułu: leczenia po ekspozycji, konsultacji specjalistycznych po ekspozycji, badań diagnostycznych po ekspozycji, szczepień po ekspozycji	..... zł
9.	Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o zwrot kosztów leczenia z tytułu NW lub zdarzenia objętego umową ubezpieczenia, poniesione poza granicami RP, niezależnie od tego czy mogły być poniesione z tytułu ubezpieczenia społecznego w kwocie nie mniejszej niż 500 euro (według kursu euro liczonego na dzień zdarzenia).	..... euro

UWAGA: Wszystkie ceny należy podać z dokładnością do drugiego miejsca po przecinku z zachowaniem zasady zaokrągleń matematycznych.

2. Oświadczamy, że w kryterium: zapewnienie obsługi elektronicznej oferujemy:
  - 1) pełną obsługę elektroniczną online w ramach jednego procesu (deklaracja – płatność – potwierdzenie)\*,
  - 2) obsługę elektroniczną (bez płatności online)\*,
  - 3) obsługę „tradycyjną”\*.\* – niepotrzebne skreślić
3. Zamówienie wykonamy w terminie: ..... (wymagany termin realizacji umowy od 01.10.2017r. do 30.09.2018 r.).
4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej żadnych zastrzeżeń. Zdobyliśmy również konieczne informacje potrzebne do właściwej wyceny oraz właściwego wykonania przedmiotu zamówienia.
5. Oświadczamy, że zgadzamy się na warunki ubezpieczenia zawarte w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
6. Przedmiot zamówienia zamierzamy wykonać sami bez udziału podwykonawców/z udziałem podwykonawców\*  
Podwykonawcom zamierzamy powierzyć następującą część zamówienia (zakres prac):
  - 1) ....., nazwa firmy podwykonawcy.....
  - 2) ....., nazwa firmy podwykonawcy.....
5. W przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, wykonawca ustanawia pełnomocnika do reprezentowania go w postępowaniu albo reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego: ....., tel. kontaktowy, ....., faks: .....
6. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej żadnych zastrzeżeń. Zdobyliśmy również konieczne informacje potrzebne do właściwej wyceny oraz właściwego wykonania przedmiotu zamówienia.
7. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez 30 dni. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.
8. Oświadczamy, że zawarty w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia projekt umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy na wymienionych w nim warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego. Jesteśmy świadomi, że gdyby z naszej winy nie doszło do zawarcia umowy wniesione przez nas wadium ulega przepadkowi.
9. Wadium w kwocie ..... zł zostało wniesione w dniu ..... w formie .....
10. Zwrotu wadium należy dokonać na konto: .....
11. Osobami do kontaktów z zamawiającym odpowiedzialnymi za wykonanie przedmiotu umowy są:  
....., telefon: ....., e-mail: .....
12. Wykonawca informuje, że jest przedsiębiorcą:
  - 1) Małym (zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 10 milionów euro lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów euro)\*
  - 2) Średnim (zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów euro)\*\* – niepotrzebne skreślić
15. Oświadczamy, że wszystkie strony naszej oferty łącznie z wszystkimi załącznikami są ponumerowane i cała oferta składa się z ..... stron.

..... dnia ..... r.

.....  
Podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu wykonawcy