**Załącznik nr 2 do SIWZ**

………………………………………….....

*(Pieczęć Wykonawcy / Wykonawców)*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**WYKONAWCA:**

*(w przypadku składania oferty przez Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy podać nazwy (firmy) oraz dokładne adresy wszystkich Wykonawców)*

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa: | …………………………………………………………………….. |
| Siedziba: | …………………………………………………………………….. |
| Numer REGON: | …………………………………………………………………….. |
| Numer NIP: | …………………………………………………………………….. |
| Numer KRS: | …………………………………………………………………….. |
| **reprezentowany przez:** | …………………………………………………………………….. |
| Nr telefonu/faks: | …………………………………………………………………….. |
| Osoba do kontaktu: | …………………………………………………………………….. |
| Nr tel.: | …………………………………………………………………….. |
| Adres poczty elektronicznej: | …………………………………………………………………….. |

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Powiat Opoczyński**

**ul. Kwiatowa 1a, 26-300 Opoczno**

Odpowiadając na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym na:

**„Ubezpieczenie grupowe na życie pracowników, współmałżonków oraz pełnoletnich dzieci pracowników Starostwa Powiatowego w Opocznie oraz Domu Pomocy Społecznej w Niemojowicach”**

oferujemy wykonanie usług objętych zamówieniem, zgodnie z wymogami zawartymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, za cenę łączną:

.............................. **PLN, słownie złotych:** .............................................................................

/usługa zwolniona z podatku VAT zgodnie z art. 43 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług /

wynikającą z wypełnionego formularza cenowego, zawartego poniżej.

Termin wykonania zamówienia: Zamówienie publiczne należy realizować w terminie **39 miesięcy począwszy od 01.08.2018r.**

Termin związania ofertą i warunki płatności **zgodne z postanowieniami SIWZ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Składka miesięczna łącznie za 1 osobę – Grupa nr 1: |  |
| 2. Łączna cena oferty – Grupa nr 1 (składka miesięczna łącznie za 1 osobę x 39 miesięcy x maksymalna przewidywana liczba osób – 50 osób): |  |
| 3. Składka miesięczna łącznie za 1 osobę – Grupa nr 2: |  |
| 4. Łączna cena oferty – Grupa nr 2 (składka miesięczna łącznie za 1 osobę x 39 miesięcy x maksymalna przewidywana liczba osób – 140 osób): |  |
| 5. Składka miesięczna łącznie za 1 osobę – Grupa nr 3: |  |
| 6. Łączna cena oferty – Grupa nr 3 (składka miesięczna łącznie za 1 osobę x 39 miesięcy x maksymalna przewidywana liczba osób – 57 osób): |  |
| **7. Łączna cena oferty – Grupy od nr 1 do nr 3 (suma pozycji: 2 + 4+ 6)** |  |

**-** akceptujemy następujące klauzule dodatkowe i inne postanowienia szczególne fakultatywne

|  |  |
| --- | --- |
| **Klauzule dodatkowe i inne postanowienia szczególne fakultatywne** | **Akceptacja** |
| Klauzula obniżenia karencji |  |
| Klauzula zniesienia karencji |  |
| Definicja zawału serca |  |
| Klauzula dodatkowa świadczenia z tytułu wystąpienia choroby śmiertelnej |  |
| Klauzula minimalnego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu |  |
| Klauzula rozszerzająca katalog poważnych zachorowań Ubezpieczonego  |  |
| Klauzula pomocy medycznej – wariant podstawowy |  |
| Klauzula pomocy medycznej – wariant rozszerzony |  |
| Klauzula dodatkowej gwarancji indywidualnej kontynuacji |  |
| Klauzula dodatkowych zniżek indywidualnych |  |

*W kolumnie „Akceptacja” w wierszu dotyczącym akceptowanej klauzuli lub postanowienia szczególnego proszę wpisać słowo „Tak” w przypadku przyjęcia danej klauzuli lub postanowienia szczególnego oraz słowo „Nie” w przypadku nie przyjęcia. Brak słowa „Tak” lub „Nie” uznany zostanie jako niezaakceptowanie danej klauzuli lub postanowienia szczególnego. W przypadku przyjęcia danej klauzuli lub postanowienia szczególnego, lecz w innej wersji niż podana w niniejszej specyfikacji, Zamawiający nie przyzna punktów dodatkowych.*

**-** oferujemy następujące wysokości świadczeń:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Zakres świadczeń – Grupa nr 1**  | **Wymagana****minimalna****wysokość świadczenia** | **Oferowana****wysokość****świadczenia****przez Wykonawcę** |
| 1 | Śmierć Ubezpieczonego | 44 000,00 zł |  |
| 2 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 88 000,00 zł |  |
| 3 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego | 132 000,00 zł |  |
| 4 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy | 132 000,00 zł |  |
| 5 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy | 176 000,00 zł |  |
| 6 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu | 61 600,00 zł |  |
| 7 | Śmierć współmałżonka | 15 400,00 zł |  |
| 8 | Śmierć współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 30 800,00 zł |  |
| 9 | Śmierć rodziców lub teściów  | 2 090,00 zł |  |
| 10 | Śmierć dziecka  | 2 640,00 zł |  |
| 11 | Urodzenie się dziecka  | 1 760,00 zł |  |
| 12 | Urodzenie martwego dziecka  | 3 520,00 zł |  |
| 13 | Osierocenie dziecka | 4 526,50 zł |  |
| 14 | Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (za 1% uszczerbku) | 404,80 zł |  |
| 15 | Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu (za 1% uszczerbku) | 360,80 zł |  |
| 16 | Trwała niezdolność Ubezpieczonego do pracy | 7 700,00 zł |  |
| 17 | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | 3 850,00 zł |  |
| 18 | Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego | 1 650,00 zł |  |
| 19 | Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego | 3 000,00 zł |  |
| 20 | Pobyt Ubezpieczonego na OIOM | 407,00 zł |  |
| 21 | Rekonwalescencja Ubezpieczonego | 20,35 zł |  |
| 22 | Zwrot kosztów zakupu leków | 200,00 zł |  |
| **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu od 1 do 14 dni** |
| 23 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą | 61,05 zł |  |
| 24 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z zawałem serca lub udarem mózgu | 61,05 zł |  |
| 25 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 142,45 zł |  |
| 26 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego | 142,45 zł |  |
| 27 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku w pracy | 142,45 zł |  |
| 28 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego w pracy | 142,45 zł |  |
| **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14dni** |
| 29 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą | 61,05 zł |  |
| 30 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 142,45 zł |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Zakres świadczeń – Grupa nr 2** | **Wymagana****minimalna****wysokość świadczenia** | **Oferowana****wysokość****świadczenia****przez Wykonawcę** |
| 1 | Śmierć Ubezpieczonego | 49 500,00 zł |  |
| 2 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 99 000,00 zł |  |
| 3 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego | 148 500,00 zł |  |
| 4 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy | 148 500,00 zł |  |
| 5 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy | 198 000,00 zł |  |
| 6 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu | 49 500,00 zł |  |
| 7 | Śmierć współmałżonka | 12 100,00 zł |  |
| 8 | Śmierć współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 22 000,00 zł |  |
| 9 | Śmierć rodziców lub teściów  | 2 200,00 zł |  |
| 10 | Śmierć dziecka  | 3 300,00 zł |  |
| 11 | Urodzenie się dziecka  | 1 540,00 zł |  |
| 12 | Urodzenie martwego dziecka  | 3 080,00 zł |  |
| 13 | Osierocenie dziecka | 4 400,00 zł |  |
| 14 | Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (za 1% uszczerbku) | 396,00 zł |  |
| 15 | Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu (za 1% uszczerbku) | 352,00 zł |  |
| 16 | Trwała niezdolność Ubezpieczonego do pracy | 9 900,00 zł |  |
| 17 | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | 4 950,00 zł |  |
| 18 | Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego | 2 200,00 zł |  |
| 19 | Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego | 2 750,00 zł |  |
| 20 | Pobyt Ubezpieczonego na OIOM | 495,00 zł |  |
| 21 | Rekonwalescencja Ubezpieczonego | 24,75 zł |  |
| 22 | Zwrot kosztów zakupu leków | 200,00 zł |  |
| **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu od 1 do 14 dni** |
| 23 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą | 77,00 zł |  |
| 24 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z zawałem serca lub udarem mózgu | 77,00 zł |  |
| 25 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 176,00 zł |  |
| 26 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego | 176,00 zł |  |
| 27 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku w pracy | 176,00 zł |  |
| 28 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego w pracy | 176,00 zł |  |
| **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni** |
| 29 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą | 77,00 zł |  |
| 30 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 176,00 zł |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Zakres świadczeń – Grupa nr 3** | **Wymagana****minimalna****wysokość świadczenia** | **Oferowana****wysokość****świadczenia****przez Wykonawcę** |
| 1 | Śmierć Ubezpieczonego | 52 000,00 zł |  |
| 2 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 104 000,00 zł |  |
| 3 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego | 156 000,00 zł |  |
| 4 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy | 156 000,00 zł |  |
| 5 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy | 208 000,00 zł |  |
| 6 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu | 60 000,00 zł |  |
| 7 | Śmierć współmałżonka | 12 100,00 zł |  |
| 8 | Śmierć współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 22 000,00 zł |  |
| 9 | Śmierć rodziców lub teściów  | 2 200,00 zł |  |
| 10 | Śmierć dziecka  | 3 300,00 zł |  |
| 11 | Urodzenie się dziecka  | 100,00 zł |  |
| 12 | Urodzenie martwego dziecka  | 200,00 zł |  |
| 13 | Osierocenie dziecka | 4 400,00 zł |  |
| 14 | Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (za 1% uszczerbku) | 500,00 zł |  |
| 15 | Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu (za 1% uszczerbku) | 400,00 zł |  |
| 16 | Trwała niezdolność Ubezpieczonego do pracy | 10 000,00 zł |  |
| 17 | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | 7 000,00 zł |  |
| 18 | Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego | 2 500,00 zł |  |
| 19 | Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego | 3 500,00 zł |  |
| 20 | Pobyt Ubezpieczonego na OIOM | 500,00 zł |  |
| 21 | Rekonwalescencja Ubezpieczonego | 25,00 zł |  |
| 22 | Zwrot kosztów zakupu leków | 200,00 zł |  |
| **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu od 1 do 14 dni** |
| 23 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą | 77,00 zł |  |
| 24 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z zawałem serca lub udarem mózgu | 77,00 zł |  |
| 25 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 176,00 zł |  |
| 26 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego | 176,00 zł |  |
| 27 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku w pracy | 176,00 zł |  |
| 28 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego w pracy | 176,00 zł |  |
| **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni** |
| 29 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą | 77,00 zł |  |
| 30 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 176,00 zł |  |

*Uwaga: W kolumnie „Oferowana wysokość świadczenia przez Wykonawcę” w wierszu dotyczącym danej Grupy należy wpisać wartość proponowanej wysokości świadczenia. Brak wpisanej wartości świadczenia oznacza zaakceptowanie wartości minimalnej. Wpisanie wartości niższej niż wymagana minimalna wysokość świadczenia w danej pozycji będzie oznaczało niezaakceptowanie warunku obligatoryjnego, a tym samych oferta będzie podlegała odrzuceniu.*

 ………………………………………………………………

*(podpis(y) osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy zgodnie z dokumentami rejestrowymi lub wskazanych w pełnomocnictwie)*

………………………., dnia ………………………………..…..

*(miejscowość i data)*

**Oświadczamy, że:**

1. zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń,
2. zdobyliśmy konieczne informacje dotyczące realizacji zamówienia oraz przygotowania i złożenia oferty,
3. uważamy się związani niniejszą ofertą przez okres wskazany przez Zamawiającego w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia,
4. wybór niniejszej oferty ***(\*niewłaściwe skreślić*)**

- nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego;\*

- będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w następującym zakresie:\* ……………………………………………………………………………………………………

*(Wykonawca, składając ofertę, zobowiązany jest poinformować Zamawiającego, czy wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, wskazując nazwę (rodzaj) usługi, której świadczenie będzie prowadzić do jego powstania oraz wskazując jej wartość bez kwoty podatku. Brak wymaganych skreśleń w oświadczeniu wyżej oznacza, że złożona oferta nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego* )

1. przedstawione w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia warunki zawarcia umowy oraz wzór umowy zostały przez nas zaakceptowane i wyrażamy gotowość realizacji zamówienia zgodnie z SIWZ i umową,
2. wyrażamy zgodę na przyjęcie wszystkich warunków wymaganych przez Zamawiającego dla poszczególnych ryzyk ubezpieczeniowych wymienionych w specyfikacji,
3. zamierzamy\*/ nie zamierzamy\* powierzyć podwykonawcom usług, objętych przedmiotem zamówienia;

*\* niepotrzebne skreślić*

zamierzamy powierzyć wymienionym poniżej podwykonawcom następujący zakres usług, objętych przedmiotem zamówienia (wypełniają Wykonawcy, którzy deklarują taki zamiar):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Powierzany podwykonawcom zakres usług ubezpieczeniowych** | **Podwykonawca (firma)** |
|  |  |  |

1. osoby wykonujące czynności administracyjne związane z wystawianiem umów ubezpieczenia oraz rozliczaniem płatności będą wykonywali pracownicy zatrudnieni na podstawie umowy o pracę.
2. Oświadczamy, że jesteśmy:

*małym* 🞎 *TAK* 🞎 *NIE /zaznaczyć właściwe/*

*średnim przedsiębiorstwem* 🞎 *TAK* 🞎 *NIE /zaznaczyć właściwe/*

*Uwaga:*

*Definicja małego i średniego przedsiębiorcy znajduje się w art. 105 i 106 Ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1829 ze zm.).*

**Oświadczamy, że** *(dotyczy wyłącznie Wykonawcy – towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych)*

1. statut reprezentowanego przez nas Wykonawcy – towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych przewiduje, że towarzystwo ubezpiecza także osoby niebędące członkami towarzystwa;
2. w przypadku wyboru oferty reprezentowanego przez nas Wykonawcy – towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, towarzystwo udzieli ochrony ubezpieczeniowej Zamawiającemu, jako osobie niebędącej członkiem towarzystwa;
3. zgodnie z art. 111 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej Zamawiający nie będzie zobowiązany do pokrywania strat towarzystwa przez wnoszenie dodatkowej składki ubezpieczeniowej.

**W sprawach nieuregulowanych w SIWZ i w ofercie mają zastosowanie następujące Ogólne Warunki Ubezpieczenia i szczególne warunki ubezpieczenia:***(należy wpisać wszystkie ogólne i szczególne warunki z datami zatwierdzenia przez Zarząd Wykonawcy i wszystkie aneksy do tych warunków obowiązujące na dzień składania oferty)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie wszystkich obowiązujących ogólnych i szczególnych warunków ubezpieczenia oraz aneksów do tych warunków, mających zastosowanie do niniejszego zamówienia** | **Data zatwierdzenia przez Zarząd Wykonawcy** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Sposób reprezentowania Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia (Pełnomocnik) na potrzeby niniejszego zamówienia jest następujący:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko: | …………………………………………………………………….. |
| Stanowisko: | …………………………………………………………………….. |
| Telefon / Faks | …………………………………………………………………….. |
| Numer NIP: | …………………………………………………………………….. |

Zakres:

1. do reprezentowania w postępowaniu\*
2. do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy\*

*\* niepotrzebne skreślić*

*(wypełniają jedynie Wykonawcy składający ofertę wspólną)*

Załącznikami do niniejszej oferty są następujące dokumenty :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie** | **Nr strony** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Zastrzeżenie:

Załączniki nr ……………………………….…………………………. nie mogą być udostępnione, ponieważ zawierają informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.

 ………………………………………………………………

*(podpis(y) osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy zgodnie z dokumentami rejestrowymi lub wskazanych w pełnomocnictwie)*

………………………., dnia ………………………………..…..

*(miejscowość i data)*