Załącznik Nr 2 do SIWZ

……………………………..………………………

(pieczątka firmowa Wykonawcy)

**FORMULARZ O F E R T A**

1. **Dane dotyczące Wykonawcy** (w przypadku składania oferty przez Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy podać nazwy (firmy) oraz dokładne adresy wszystkich Wykonawców):

**Firma Wykonawcy** (należy wpisać dane Wykonawcy, który posiada uprawnienia do wykonywania działalności ubezpieczeniowej, a nie jego oddziału, przedstawicielstwa lub innej jednostki organizacyjnej):

|  |  |
| --- | --- |
| Firma (nazwa): | ............................................................................................................................................... |
| Adres: | ............................................................................................................................................... |
| Telefon/faks: | ............................................................................................................................................... |
| NIP: | ............................................................................................................................................... |
| REGON: | ............................................................................................................................................... |
| e-mail: | ............................................................................................................................................... |

**Jednostka organizacyjna Wykonawcy, która będzie brała udział w realizacji zamówienia** (należy wpisać dane oddziału, przedstawicielstwa lub innej jednostki organizacyjnej Wykonawcy - jeśli dotyczy):

|  |  |
| --- | --- |
| Firma(nazwa): | ..................................................................................................................................................... |
| Adres: | ..................................................................................................................................................... |
| Telefon/faks: | ...................................................................................................................................................... |

**Osoba uprawniona przez Wykonawcę do podpisania i złożenia niniejszej oferty** (jeśli dotyczy):

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko: | ................................................................................................................................................ |
| Stanowisko: | ................................................................................................................................................ |
| Telefon/faks: | ................................................................................................................................................ |
| e-mail: | ................................................................................................................................................ |

**II. Dane dotyczące Zamawiającego:**

**Powiat Opoczyński reprezentowany przez Zarząd Powiatu Opoczyńskiego**

**ul. Kwiatowa 1a**

**26-300 Opoczno**

NIP: 768-178-92-38

REGON: 590648439

**Składając ofertę w** postępowaniu o zamówienie publiczne, prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na **,, Ubezpieczenie grupowe pracowników, współmałżonków oraz pełnoletnich dzieci pracowników Starostwa Powiatowego w Opocznie oraz jednostek organizacyjnych Powiatu Opoczyńskiego”,** oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia za cenę:

.......................................... **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 (tj. Dz. U. z 2011 r., Nr 177, poz. 1054 ze zm.)/

wynikającą z wypełnionego formularza cenowego, zawartego poniżej.

Termin wykonania zamówienia: **24 miesiące.** Okres wykonania zamówienia rozpocznie się nie później niż w terminie 3 miesięcy od podpisania umowy z wyłonionym Wykonawcą.

**Na potwierdzenie zawarcia umowy zostaną wystawione polisy na cały okres zamówienia**

Termin związania ofertą – **30 dni od dnia, w którym upłynął termin składania ofert.**

Warunki płatności**: zgodnie 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 24 miesiące x maksymalna przewidywana liczba osób – 90 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 24 miesiące x maksymalna przewidywana liczba osób – 114 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 24 miesiące x maksymalna przewidywana liczba osób – 175 osób): |  |
| 7. Składka miesięczna łącznie za 1 osobę – Grupa nr 4: |  |
| 8. Łączna cena oferty – Grupa nr 4 (składka miesięczna łącznie za 1 osobę x 24 miesiące x maksymalna przewidywana liczba osób – 195 osób): |  |
| 9. Składka miesięczna łącznie za 1 osobę – Grupa nr 5: |  |
| 10. Łączna cena oferty – Grupa nr 5 (składka miesięczna łącznie za 1 osobę x 24 miesiące x maksymalna przewidywana liczba osób – 63 osoby): |  |
| **11. Łączna cena oferty – Grupa nr 1, Grupa nr 2, Grupa nr 3, Grupa nr 4 oraz Grupy nr 5 (suma pozycji: 2 + 4 +6 + 8 + 10)** |  |

- akceptujemy następujące klauzule fakultatywne

|  |  |
| --- | --- |
| **Klauzule fakultatywne** | **Akceptacja** |
| Klauzula obniżenia karencji |  |
| Klauzula zniesienia karencji |  |
| Definicja zawału serca |  |
| Klauzula dodatkowa świadczenia z tytułu wystąpienia choroby śmiertelnej |  |
| Klauzula rozszerzająca katalog poważnych zachorowań Ubezpieczonego |  |
| Klauzula maksymalnego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu |  |
| Klauzula minimalnego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby |  |
| Klauzula minimalnego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu |  |
| Klauzula dodatkowego świadczenia z tytułu trwałej niezdolności ubezpieczonego do pracy  (dotyczy Grupy nr 1) |  |
| Klauzula dodatkowego świadczenia z tytułu operacji chirurgicznych (dotyczy Grupy nr 2) |  |
| Klauzula dodatkowego świadczenia z tytułu zastosowania leczenia specjalistycznego |  |
| Grupa nr 1 |  |
| Grupa nr 2 |  |
| Grupa nr 3 |  |
| Grupa nr 5 |  |
| Klauzula dodatkowa zwrotu kosztów zakupu leków |  |
| Grupa nr 1 |  |
| Grupa nr 3 |  |
| Grupa nr 4 |  |
| Klauzula pomocy medycznej – wariant podstawowy |  |
| Klauzula pomocy medycznej – wariant rozszerzony |  |
| Klauzula zagranicznej konsultacji medycznej |  |
| Klauzula dodatkowej gwarancji indywidualnej kontynuacji |  |
| Klauzula dodatkowych zniżek indywidualnych |  |

W kolumnie „Akceptacja” w wierszu dotyczącym akceptowanej klauzuli fakultatywnej 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 | 32 500,00 zł |  |
| 2 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 65 000,00 zł |  |
| 3 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego | 100 000,00 zł |  |
| 4 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy | 100 000,00 zł |  |
| 5 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy | 135 000,00 zł |  |
| 6 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu | 42 000,00 zł |  |
| 7 | Śmierć współmałżonka | 9 000,00 zł |  |
| 8 | Śmierć współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 12 000,00 zł |  |
| 9 | Śmierć rodziców lub teściów | 1 372,00 zł |  |
| 10 | Śmierć dziecka | 1 800,00 zł |  |
| 11 | Urodzenie się dziecka | 1 200,00 zł |  |
| 12 | Urodzenie martwego dziecka | 2 400,00 zł |  |
| 13 | Osierocenie dziecka | 3 100,00 zł |  |
| 14 | Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (za 1% uszczerbku) | 280,00 zł |  |
| 15 | Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w zawału serca lub udaru mózgu (za 1% uszczerbku) | 260,00 zł |  |
| 16 | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | 3 500,00 zł |  |
| 17 | Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego | 1 500,00 zł |  |
| 18 | Pobyt Ubezpieczonego na OIOM | 300,00 zł |  |
| 19 | Rekonwalescencja Ubezpieczonego | 15,00 zł |  |
| **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu od 1 do 14 dni** | | | |
| 20 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą | 35,00 zł |  |
| 21 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z zawałem serca lub udarem mózgu | 52,50 zł |  |
| 22 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 105,00 zł |  |
| 23 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego | 122,50 zł |  |
| 24 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku w pracy | 122,50 zł |  |
| 25 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego w pracy | 140,00 zł |  |
| **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni** | | | |
| 26 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą | 35,00 zł |  |
| 27 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 35,00 zł |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Zakres świadczeń – Grupa nr 2** | **Wymagana**  **minimalna**  **wysokość świadczenia** | **Oferowana**  **wysokość**  **świadczenia**  **przez Wykonawcę** |
| 1 | Śmierć Ubezpieczonego | 34 000,00 zł |  |
| 2 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 68 000,00 zł |  |
| 3 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego | 102 000,00 zł |  |
| 4 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy | 102 000,00 zł |  |
| 5 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy | 136 000,00 zł |  |
| 6 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu | 65 000,00 zł |  |
| 7 | Śmierć współmałżonka | 13 000,00 zł |  |
| 8 | Śmierć współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 21 000,00 zł |  |
| 9 | Śmierć rodziców lub teściów | 1 755,00 zł |  |
| 10 | Śmierć dziecka | 2 275,00 zł |  |
| 11 | Urodzenie się dziecka | 1 300,00 zł |  |
| 12 | Urodzenie martwego dziecka | 2 600,00 zł |  |
| 13 | Osierocenie dziecka | 3 000,00 zł |  |
| 14 | Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (za 1% uszczerbku) | 300,00 zł |  |
| 15 | Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w zawału serca lub udaru mózgu (za 1% uszczerbku) | 300,00 zł |  |
| 16 | Trwała niezdolność Ubezpieczonego do pracy | 12 000,00 zł |  |
| 17 | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | 4 000,00 zł |  |
| 18 | Pobyt Ubezpieczonego na OIOM | 400,00 zł |  |
| 19 | Rekonwalescencja Ubezpieczonego | 17,50 zł |  |
| 20 | Zwrot kosztów zakupu leków | 200,00 zł |  |
| **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu od 1 do 14 dni** | | | |
| 21 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą | 35,00 zł |  |
| 22 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z zawałem serca lub udarem mózgu | 52,50 zł |  |
| 23 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 105,00 zł |  |
| 24 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego | 122,50 zł |  |
| 25 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku w pracy | 122,50 zł |  |
| 26 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego w pracy | 140,00 zł |  |
| **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni** | | | |
| 27 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą | 35,00 zł |  |
| 28 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 35,00 zł |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Zakres świadczeń – Grupa nr 3** | **Wymagana**  **minimalna**  **wysokość świadczenia** | **Oferowana**  **wysokość**  **świadczenia**  **przez Wykonawcę** |
| 1 | Śmierć Ubezpieczonego | 40 000,00 zł |  |
| 2 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 80 000,00 zł |  |
| 3 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego | 120 000,00 zł |  |
| 4 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy | 120 000,00 zł |  |
| 5 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy | 160 000,00 zł |  |
| 6 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu | 56 000,00 zł |  |
| 7 | Śmierć współmałżonka | 14 000,00 zł |  |
| 8 | Śmierć współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 28 000,00 zł |  |
| 9 | Śmierć rodziców lub teściów | 1 900,00 zł |  |
| 10 | Śmierć dziecka | 2 400,00 zł |  |
| 11 | Urodzenie się dziecka | 1 600,00 zł |  |
| 12 | Urodzenie martwego dziecka | 3 200,00 zł |  |
| 13 | Osierocenie dziecka | 4 115,00 zł |  |
| 14 | Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (za 1% uszczerbku) | 368,00 zł |  |
| 15 | Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w zawału serca lub udaru mózgu (za 1% uszczerbku) | 328,00 zł |  |
| 16 | Trwała niezdolność Ubezpieczonego do pracy | 7 000,00 zł |  |
| 17 | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | 3 500,00 zł |  |
| 18 | Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego | 1 500,00 zł |  |
| 19 | Pobyt Ubezpieczonego na OIOM | 370,00 zł |  |
| 20 | Rekonwalescencja Ubezpieczonego | 18,50 zł |  |
| **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu od 1 do 14 dni** | | | |
| 21 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą | 37,00 zł |  |
| 22 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z zawałem serca lub udarem mózgu | 55,50 zł |  |
| 23 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 92,50 zł |  |
| 24 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego | 111,00 zł |  |
| 25 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku w pracy | 111,00 zł |  |
| 26 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego w pracy | 129,50 zł |  |
| **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni** | | | |
| 27 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą | 37,00 zł |  |
| 28 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 37,00 zł |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Zakres świadczeń – Grupa nr 4** | **Wymagana**  **minimalna**  **wysokość świadczenia** | **Oferowana**  **wysokość**  **świadczenia**  **przez Wykonawcę** |
| 1 | Śmierć Ubezpieczonego | 45 000,00 zł |  |
| 2 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 90 000,00 zł |  |
| 3 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego | 135 000,00 zł |  |
| 4 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy | 135 000,00 zł |  |
| 5 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy | 180 000,00 zł |  |
| 6 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu | 45 000,00 zł |  |
| 7 | Śmierć współmałżonka | 11 000,00 zł |  |
| 8 | Śmierć współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 20 000,00 zł |  |
| 9 | Śmierć rodziców lub teściów | 2 000,00 zł |  |
| 10 | Śmierć dziecka | 3 000,00 zł |  |
| 11 | Urodzenie się dziecka | 1 400,00 zł |  |
| 12 | Urodzenie martwego dziecka | 2 800,00 zł |  |
| 13 | Osierocenie dziecka | 4 000,00 zł |  |
| 14 | Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (za 1% uszczerbku) | 360,00 zł |  |
| 15 | Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w zawału serca lub udaru mózgu (za 1% uszczerbku) | 320,00 zł |  |
| 16 | Trwała niezdolność Ubezpieczonego do pracy | 9 000,00 zł |  |
| 17 | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | 4 500,00 zł |  |
| 18 | Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego | 2 000,00 zł |  |
| 19 | Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego | 2 500,00 zł |  |
| 20 | Pobyt Ubezpieczonego na OIOM | 450,00 zł |  |
| 21 | Rekonwalescencja Ubezpieczonego | 22,50 zł |  |
| **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu od 1 do 14 dni** | | | |
| 22 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą | 70,00 zł |  |
| 23 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z zawałem serca lub udarem mózgu | 70,00 zł |  |
| 24 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 160,00 zł |  |
| 25 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego | 160,00 zł |  |
| 26 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku w pracy | 160,00 zł |  |
| 27 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego w pracy | 160,00 zł |  |
| **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni** | | | |
| 28 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą | 70,00 zł |  |
| 29 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 160,00 zł |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Zakres świadczeń – Grupa nr 5** | **Wymagana**  **minimalna**  **wysokość świadczenia** | **Oferowana**  **wysokość**  **świadczenia**  **przez Wykonawcę** |
| 1 | Śmierć Ubezpieczonego | 47 500,00 zł |  |
| 2 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 95 000,00 zł |  |
| 3 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego | 130 000,00 zł |  |
| 4 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy | 130 000,00 zł |  |
| 5 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy | 170 000,00 zł |  |
| 6 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu | 72 000,00 zł |  |
| 7 | Śmierć współmałżonka | 17 100,00 zł |  |
| 8 | Śmierć współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 28 100,00 zł |  |
| 9 | Śmierć rodziców lub teściów | 2 200,00 zł |  |
| 10 | Śmierć dziecka | 3 600,00 zł |  |
| 11 | Urodzenie się dziecka | 1 700,00 zł |  |
| 12 | Urodzenie martwego dziecka | 3 400,00 zł |  |
| 13 | Osierocenie dziecka | 4 000,00 zł |  |
| 14 | Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (za 1% uszczerbku) | 420,00 zł |  |
| 15 | Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w zawału serca lub udaru mózgu (za 1% uszczerbku) | 340,00 zł |  |
| 16 | Trwała niezdolność Ubezpieczonego do pracy | 8 000,00 zł |  |
| 17 | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | 5 000,00 zł |  |
| 18 | Poważne zachorowanie małżonka | 2 000,00 zł |  |
| 19 | Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego | 1 500,00 zł |  |
| 20 | Pobyt Ubezpieczonego na OIOM | 450,00 zł |  |
| 21 | Rekonwalescencja Ubezpieczonego | 22,50 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 | 50,00 zł |  |
| 23 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z zawałem serca lub udarem mózgu | 100,00 zł |  |
| 24 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 150,00 zł |  |
| 25 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego | 200,00 zł |  |
| 26 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku w pracy | 200,00 zł |  |
| 27 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego w pracy | 250,00 zł |  |
| **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni** | | | |
| 28 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą | 50,00 zł |  |
| 29 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 50,00 zł |  |

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

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) przedstawione w specyfikacji istotnych warunków zamówienia warunki zawarcia umowy oraz wzór umowy zostały przez nas zaakceptowane,

5) wyrażamy zgodę na przyjęcie wszystkich warunków wymaganych przez Zamawiającego dla poszczególnych ryzyk ubezpieczeniowych wymienionych w specyfikacji,

6)zamierzamy/ nie zamierzamy\* powierzyć podwykonawcom następujący zakres usług, objętych przedmiotem zamówienia:

|  |
| --- |
| **Zakres usług** |
|  |
|  |
|  |

\* niepotrzebne skreślić.

**Oświadczamy, że** (dotyczy wyłącznie Wykonawcy, który działa w formie **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.

Sposób reprezentowania Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia\*\* na potrzeby niniejszego zamówienia jest następujący:

…………………………………………………………………………………………………

\*\* wypełniają jedynie Wykonawcy składający ofertę wspólną

**W sprawach nieuregulowanych w SIWZ i w ofercie mają zastosowanie następujące ogólne i szczególne warunki ubezpieczenia oraz aneksy do tych warunków** (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** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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.\*

**\* Uwaga: w przypadku wskazania informacji podlegających tajemnicy przedsiębiorstwa wykonawca musi wykazać zamawiającemu, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa – zgodnie z art. 8 ust. 3 ustawy Prawo zamówień publicznych**

Miejscowość i data: …………………

…………………………………………………………………

(pieczątka i podpis osoby uprawnionej

do reprezentowania Wykonawcy)

**Załącznik nr 3 do SIWZ – Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych**

……………………………………………………….

*(pieczęć firmowa Wykonawcy)*

Miejscowość ................................................ Data ...........................

Dotyczy: przetargu nieograniczonego na ubezpieczenie grupowe na życie pracowników, współmałżonków oraz pełnoletnich dzieci pracowników Starostwa Powiatowego w Opocznie oraz jednostek organizacyjnych Powiatu Opoczyńskiego

**OŚWIADCZENIE**

**w sprawie spełnienia przez wykonawcę warunków udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia na podstawie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r., poz. 2164)**

Zgodnie z art. 44 wyżej wymienionej ustawyoświadczam, że spełniam/y warunki udziału w postępowaniu, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy, dotyczące:

1. posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
2. posiadania wiedzy i doświadczenia;
3. dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
4. sytuacji ekonomicznej i finansowej.

..............................................................................................  
 (pieczątka i podpis osoby uprawnionej

do reprezentowania Wykonawcy)

**Załącznik nr 3a do SIWZ – Oświadczenie o niepodleganiu wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych**

……………………………………………………….

*(pieczęć firmowa Wykonawcy)*

Miejscowość ................................................ Data ...........................

Dotyczy: przetargu nieograniczonego na ubezpieczenie grupowe na życie pracowników, współmałżonków oraz pełnoletnich dzieci pracowników Starostwa Powiatowego w Opocznie oraz jednostek organizacyjnych Powiatu Opoczyńskiego

**OŚWIADCZENIE**

**o braku podstaw do wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego**

**wykonawcy na podstawie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r., poz. 2164)**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, oświadczam, że nie podlegam/y wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r., poz. 2164).

..........................................................................................  
 (pieczątka i podpis osoby uprawnionej  
 do reprezentowania Wykonawcy)

**Załącznik nr 3b do SIWZ – Informacja o przynależności do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 26 ust. 2d ustawy Prawo zamówień publicznych**

…………………………………….…..………………

*(pieczęć firmowa Wykonawcy)*

Miejscowość ................................................ Data ...........................

Dotyczy: przetargu nieograniczonego na ubezpieczenie grupowe na życie pracowników, współmałżonków oraz pełnoletnich dzieci pracowników Starostwa Powiatowego w Opocznie oraz jednostek organizacyjnych Powiatu Opoczyńskiego

**INFORMACJA**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na ubezpieczenie grupowe na życie pracowników, współmałżonków oraz pełnoletnich dzieci pracowników Starostwa Powiatowego w Opocznie oraz jednostek organizacyjnych Powiatu Opoczyńskiego, w wykonaniu dyspozycji art. 26 ust. 2d w zw. z art. 24 ust. 2 pkt 5 oraz art. 24 b ust. 1-3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r., poz. 2164) przedkładam niniejszą informację:

* **oświadczam, że nie należę do grupy kapitałowej.**

............................................................................................  
 (pieczątka i podpis osoby uprawnionej

do reprezentowania Wykonawcy)