**Załącznik nr 1 do SIWZ**

..................................... dnia .......................

Wykonawca/ Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia\*

\* (w przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia w formularzu Oferty należy wpisać wszystkich Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia)

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

……………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….

Województwo:……………………………………………………………………….

Miejscowość:…………………………………………………………………………

Kod pocztowy:………………………………………………………………………

Kraj:……………………………………………………………………………………..

Adres pocztowy (ulic, nr domu i lokalu): ……………………………………………

Tel.:………………………………………..

Fax:………………………………………..

e-mail: ………………………………

## *FORMULARZ OFERTOWY*

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym poniżej 207 000 euro

***na grupowe ubezpieczenie pracowników, współmałżonków oraz pełnoletnich dzieci pracowników***

***jednostek organizacyjnych Gminy Grudziądz***

składamy niniejszą ofertę I OŚWIADCZAMY, ŻE:

oferujemy wykonanie zamówienia na warunkach określonych w specyfikacji istotnych warunków zamówienia **za cenę zgodną z poniższą tabelą:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Składka miesięczna za 1 osobę:** | **Maksymalna, wymagana przez Zamawiającego, składka miesięczna za Ubezpieczonego** | **Liczba zatrudnionych pracowników** |
| ……… zł | **59,00 zł** | **250**  **pracowników** |

**Wysokość świadczeń**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Liczna zatrudnionych pracowników | **250**  **pracowników** | |
| *L.P.* | *Zakres Ubezpieczenia* | **Wymagany minimalny zakres** | **oferta** |
| *1* | Śmierć Ubezpieczonego (zgon naturalny) | 57 000 |  |
| **2** | Śmierć Ubezpieczonego w wyniku zawału lub udaru mózgu | 87 000 |  |
| **3** | Śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku | 114 000 |  |
| **4** | Śmierć Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy | 154 000 |  |
| **5** | Śmierć Ubezpieczonego w wypadku komunikacyjnym | 154 000 |  |
| **6** | Śmierć Ubezpieczonego w wypadku komunik. przy pracy | 194 000 |  |
| *7* | Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany:- nieszczęśliwym wypadkiem (za każdy 1% uszczerbku) | 465 |  |
| *8* | Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany: - zawałem serca lub udarem mózgu (za każdy 1% uszczerbku) | 465 |  |
| *9* | Śmierć małżonka Ubezpieczonego | 18 100 |  |
| **10** | Śmierć małżonka Ubezpieczonego wskutek NW | 40 000 |  |
| *11* | Śmierć rodziców/teściów Ubezpieczonego | 2 350 |  |
| 12 | Śmierć dziecka | 6 010 |  |
| *13* | Śmierć noworodka (urodzenie martwego dziecka) | 5 781 |  |
| *14* | Urodzenie dziecka | 1 600 |  |
| *15* | Osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego | 7 920 |  |
| **16** | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | 8 750 |  |
| **17** | Poważne zachorowanie małżonka Ubezpieczonego | 4 000 |  |
| **18** | Leczenie specjalistyczne | 3 000 |  |
| **19** | Operacje Chirurgiczne (najniższa możliwa pojedyncza wypłata z tytułu operacji chirurgicznej) | 300 |  |
|  |  |  | |
|  | Rozszerzenie odpowiedzialności: RP plus kraje UE | Tak |  |
| **20** | w związku z chorobą | 91,25 |  |
| *21* | w związku z nieszczęśliwym wypadkiem (od 1 do 14 dnia) | 262,80 |  |
| **22** | w związku z wypadkiem komunikacyjnym (od 1 do 14 dnia) | 343,10 |  |
| **23** | w związku z wypadkiem przy pracy (od 1 do 14 dnia) | 343,10 |  |
| **24** | w związku z wypadkiem komunikacyjnym przy pracy  (od 1 do 14 dnia pobytu) | 423,40 |  |
| **25** | w związku z zawałem serca lub udarem mózgu (od 1 do 14 dnia) | 273,75 |  |
| **26** | w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, wypadkiem komunikacyjnym, przy pracy, zawałem serca lub udarem mózgu (od 15 dnia pobytu) | 82,50 |  |
| **27** | pobyt na Oddziale Intensywnej Terapii (jednorazowo) | 711,75 |  |
|  | - świadczenie za rekonwalescencję (dziennie) | 36,50 |  |
|  | Prawo do indywidualnej kontynuacji | Tak |  |

**Klauzule dodatkowe**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr klauzuli** | **Nazwa klauzuli** | | | **TAK/NIE**  **\*\*** | **Uwagi** |
| **1.** | Klauzula rozszerzenia listy chorób w ramach świadczenia za poważne zachorowanie ubezpieczonego. | | | TAK/NIE | **10 pkt.** |
| Propozycja własnego Katalogu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego zgodnie z OWU (nie mniej niż 26 jednostki chorobowe) | | | | | TAK/NIE |
| Borelioza | | TAK / NIE | Bezpłodność spowodowana chorobą | | TAK/NIE |
| Choroba aorty brzusznej | | TAK / NIE | Bakteryjne zapalenie mózgu lub opon rdzeniowo-mózgowych | | TAK/NIE |
| Choroba aorty piersiowej | | TAK / NIE | Zakażona martwica trzustki | | TAK/NIE |
| Gruźlica | | TAK / NIE | Bakteryjne zapalenie wsierdzia | | TAK/NIE |
| Przewlekłe zapalenie wątroby | | TAK / NIE | Stwardnienie rozsiane | | TAK/NIE |
| Utrata kończyny wskutek choroby | | TAK / NIE | Wada serca | | TAK/NIE |
| Utrata słuchu | | TAK / NIE | Choroba neuronu ruchowego | | TAK/NIE |
| Wstrząs anafilaktyczny | | TAK / NIE | Choroba Huntingtona | | TAK/NIE |
| **2.** | Klauzula wydłużenia okresu wypłaty za świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu | | | TAK/NIE | **8 pkt.** |
| **3.** | Klauzula zniesienia karencji | | | TAK/NIE | **4 pkt.** |
| **4.** | Klauzula rozszerzenia zakresu terytorialnego za świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu | | | TAK/NIE | **2 pkt.** |
| **5.** | Klauzula dodatkowa na wypadek urodzenia się dziecka  Ubezpieczonego z Apgar poniżej 5 | | | TAK/NIE | **4 pkt.** |
| **6.** | Klauzula wynagrodzenia za czynności przygotowawcze | | | TAK/NIE | **4 pkt.** |
| **7.** | Klauzula stażu do Indywidualnej Kontynuacji | | | TAK/NIE | **6 pkt.** |
| **8.** | Klauzula rozszerzenia katalogu operacji chirurgicznej | | | TAK/NIE | **8 pkt.** |
| **9.** | Klauzula rozszerzająca definicję urodzenia dziecka | | | TAK/NIE | **8 pkt.** |
| **10.** | Klauzula wydłużenia okresu rekonwalescencji | | | TAK/NIE | **10 pkt.** |
| **11.** | Klauzula skrócenia wymaganego czasu pobytu w szpitalu | | | TAK/NIE | **12 pkt.** |
| **12.** | Klauzula rozszerzenia definicji szpitala o szpital psychiatryczny | | | TAK/NIE | **12 pkt.** |
| **13.** | Klauzula rozszerzenia definicji szpitala o lecznicę odwykową | | | TAK/NIE | **12 pkt.** |

\*\*Wpisanie TAK – zaakceptowanie danej klauzuli dodatkowej,

Wpisanie NIE – brak akceptacji danej klauzuli dodatkowej,

Brak wpisu (pusta komórka) – brak akceptacji danej klauzuli dodatkowej.

PONADTO OŚWIADCZAMY, ŻE:

termin realizacji zamówienia: **24 miesiące, od 1 grudnia 2015 r. do 30 listopada 2017 r.**

uzyskaliśmy informacje niezbędne do przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz przyjmujemy warunki określone w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

zapoznaliśmy się z istotnymi postanowieniami umowy stanowiącymi załącznik Nr 2 do specyfikacji istotnych warunków zamówienia. Postanowienia te akceptujemy. W przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się, do zawarcia umowy na wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;

uprawnionym przedstawicielem do kontaktów z Zamawiającym jest Pan/Pani……………………………………………………, tel.: …………………………………………, fax.: ………………………………, adres e-mail:………………………………………………….

9. zamówienie wykonamy samodzielnie / z udziałem podwykonawców\* **(\*niepotrzebne skreślić);** Podwykonawca wykona część zamówienia:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(wymienić jaka cześć zamówienia zostanie powierzona podwykonawcy)*

10. oferta nie zawiera / zawiera\* **(\*niepotrzebne skreślić)** informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Informacje takie zawarte są w następujących dokumentach:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Oświadczamy, że Zamawiający (jednostki Zamawiającego) nie będzie zobowiązany do pokrywania strat Wykonawcy działającego w formie towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych przez wnoszenie dodatkowej składki, zgodnie z art. 44 ust. 2 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2013 r. poz. 950.),

12. Załącznikami do niniejszej oferty są:

|  |  |
| --- | --- |
| Załącznik Nr 1 | Oświadczenie Wykonawcy o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu określonych  w art. 22 ust. 1 ustawy prawo zamówień publicznych |
| Załącznik Nr 2 | Oświadczenie Wykonawcy o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu określonych  w art. 24 ust. 1 i 2 ustawy prawo zamówień publicznych |
| Załącznik Nr 3 | Oświadczenie Wykonawcy o przynależności do grupy kapitałowej określone na podstawie art. 26 ust. 2 pkt. d ustawy Prawo zamówień publicznych |
| Załącznik Nr … | ………………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Załącznik Nr … | ………………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Załącznik Nr … | ………………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Załącznik Nr … | ………………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………………. |

Nasza oferta zawiera ……………… ponumerowanych kart.

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

(pieczęć i podpis Wykonawcy/-ów)

***Załącznik Nr 1 do formularza ofertowego***

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

(miejscowość, data)

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

Nazwa i adres Wykonawcy/ów

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY/ÓW nr 1**

Dotyczy: postępowania prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na

***na grupowe ubezpieczenie pracowników, współmałżonków oraz pełnoletnich dzieci pracowników***

***jednostek organizacyjnych Gminy Grudziądz***

**Oświadczam/y, że mogę/możemy ubiegać się o udzielenie zamówienia i spełniam/y warunki określone w art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo Zamówień Publicznych (Dz.U. z 2013 r. poz. 907 z późn. zm.**) **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 zapewniającej realizację zamówienia.

Podpisano:

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

(czytelny podpis lub w przypadku parafki pieczątka imienna upełnomocnionego/ych przedstawiciela/li)

***Załącznik Nr 2 do formularza ofertowego***

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

(miejscowość, data)

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

Nazwa i adres Wykonawcy

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY nr 2**

Dotyczy: postępowania prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na

***na grupowe ubezpieczenie pracowników, współmałżonków oraz pełnoletnich dzieci pracowników***

***jednostek organizacyjnych Gminy Grudziądz***

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo Zamówień Publicznych (Dz.U. z 2013 r. poz. 907 z późn. zm.)**

Podpisano:

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

(czytelny podpis lub w przypadku parafki pieczątka imienna upełnomocnionego/ych przedstawiciela/li)

***Załącznik Nr 3 do formularza ofertowego***

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

(miejscowość, data)

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

Nazwa i adres Wykonawcy

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY nr 3**

Dotyczy: postępowania prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na

***na grupowe ubezpieczenie pracowników, współmałżonków oraz pełnoletnich dzieci pracowników***

***jednostek organizacyjnych Gminy Grudziądz***

**Informuję, że**

* 1. **Nie należę do grupy kapitałowej\***
  2. **Należę do grupy kapitałowej i załączam do oferty listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt. 5 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo Zamówień Publicznych (Dz.U. z 2013 r. poz. 907 z późn.zm.)**

Podpisano:

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

(czytelny podpis lub w przypadku parafki pieczątka imienna upełnomocnionego/ych przedstawiciela/li)

*UWAGA:*

*Zgodnie z Ustawą z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2007 r., Nr 50, poz. 331 z późn. zm.) przez grupę kapitałową należy rozumieć wszystkich przedsiębiorców, którzy są kontrolowani w sposób bezpośredni lub pośredni przez jednego przedsiębiorcę, w tym również tego przedsiębiorcę.*