*ZAŁĄCZNK NR 1 DO SIWZ*

 *- znak sprawy PN/U/1/KOŃSKIE/2014*

……………………

*(Pieczątka Wykonawcy)*

|  |
| --- |
| **FORMULARZ OFERTY** |

Zamawiający:

Specjalistyczny Szpital św. Łukasza

ul. Gimnazjalna 41B, 26-200 Końskie

Po zapoznaniu się z materiałami przetargowymi składam swoją ofertę na zadanie p.n.: „Usługa ubezpieczenia grupowego na życie Pracowników i Członków rodzin Pracowników Specjalistycznego Szpitala św. Łukasza w Końskich” (znak sprawy: PN/U/1/KOŃSKIE/2014).

Wykonawca: ........................................................................................................................................

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

*(Nazwa, adres, e-mail)*

1. Po zapoznaniu się z materiałami przetargowymi zgodnie z załączonymi dokumentami do SIWZ cena mojej (naszej) oferty wynosi:

CENA OFERTY =

(wysokość miesięcznej składki w Wariancie I x 607 osób)

+ wysokość miesięcznej składki w Wariancie II x 405 osób)

x 36 miesięcy =

.................................................... zł

słownie: ........………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Informacja na temat wysokości składek na jednego Ubezpieczonego w poszczególnych wariantach ubezpieczenia.

|  |  |
| --- | --- |
| Wysokość składki miesięcznejna jednego Ubezpieczonegow Wariancie I | ……………………….. złsłownie: …………………………………………………………………………………………………………… |
| Wysokość składki miesięcznejna jednego Ubezpieczonegow Wariancie II | ………………………. złsłownie: …………………………………………………………………………………………………………… |

1. Tabela zakresu i wysokości świadczeń

| L.p. | Zakres ubezpieczenia | Wysokośćświadczenia w zł |
| --- | --- | --- |
| Wariant 1 | Wariant 2 |
| 1. | Zgon ubezpieczonego | 35 000 | 45 000 |
| 2. | Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (skumulowana wysokość świadczenia) | 70 000 | 90 000 |
| 3. | Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego (skumulowana wysokość świadczenia) | 105 000 | 135 000 |
| 4. | Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy (skumulowana wysokość świadczenia) | 105 000 | 135 000 |
| 5. | Zgon ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub **udaru mózgu** (skumulowana wysokość świadczenia) | 70 000 | 90 000 |
| 6. | Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku – świadczenie za 1% uszczerbku | 340 | 380 |
| 7. | Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku zawału serca lub **udaru mózgu** - świadczenie za 1% uszczerbku | 340 | 380 |
| 8. | Zgon małżonka ubezpieczonego | 14 000 | 16 000 |
| 9. | Zgon małżonka ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku(skumulowana wysokość świadczenia) | 22 000 | 26 000 |
| 10. | Zgon rodzica ubezpieczonego | 1 800 | 2 000 |
| 11. | Zgon rodzica małżonka ubezpieczonego | 1 800 | 2 000 |
| 12. | Urodzenie się dziecka ubezpieczonemu | 1 200 | 1 300 |
| 13. | Urodzenie martwego dziecka | 2 400 | 2 600 |
| 14. | Zgon dziecka ubezpieczonego  | 2 400 | 2 800 |
| 15. | Osierocenie dziecka | 3 200 | 3 600 |
| 16. | Ciężkie choroby | 3 500 | 4 500 |
| 17. | Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu w wyniku choroby oraz powyżej 14-go dnia pobyt w wyniku NW, wypadku komunikacyjnego, wypadku przy pracy, zawału serca lub **krwotoku śródmózgowego** | 40 | 50 |
| 18. | Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu w wyniku NW za każdy dzień pobytu od 1-go do 14-go dnia(skumulowana wysokość świadczenia) | 100 | 150 |
| 19. | Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego – za każdy dzień pobytu od 1-go do 14-go dnia(skumulowana wysokość świadczenia) | 120 | 200 |
| 20. | Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu w wyniku wypadku przy pracy – za każdy dzień pobytu od 1-go do 14-go dnia(skumulowana wysokość świadczenia) | 120 | 200 |
| 21. | Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu w wyniku zawału serca lub **krwotoku śródmózgowego** – za każdy dzień pobytu od 1-go do 14-go dnia(skumulowana wysokość świadczenia) | 60 | 100 |
| 22. | Pobyt w szpitalu na OIT/OIOM (świadczenie jednorazowe) | 400 | 500 |
| 23. | Rekonwalescencja | 20 | 25 |
| 24. | Operacje chirurgiczne - *suma ubezpieczenia* | 6 000 | 7 000 |
| 25. | Trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji | 7 000 | 10 000 |
| 26. | Leczenie specjalistyczne | 2 000 | 2 500 |
| 27. | Karta apteczna | - | 200 |

1. Informacja na temat akceptacji poszczególnych klauzul dodatkowych

| Nr klauzuli dodatkowej | Liczba punktów możliwych do uzyskania za akceptację danej klauzuli dodatkowej | Akceptacja Tak/Nie |
| --- | --- | --- |
| 7.1. | 2 punkty |  |
| 7.2. | 3 punkty |  |
| 7.3. | 2 punkty |  |
| 7.4. | 2 punkty |  |
| 7.5., w tym: | maksymalnie 3 punkty, w tym: |  |
| 7.5.1. | 2 punkty |  |
| 7.5.2. | 1 punkt |  |
| 7.6. | 2 punkty |  |
| 7.7., w tym: | maksymalnie 6 punktów, w tym: |  |
| 7.7.1. | 1 punkt |  |
| 7.7.2. | 1 punkt |  |
| 7.7.3. | 1 punkt |  |
| 7.7.4. | 1 punkt |  |
| 7.7.5. | 1 punkt |  |
| 7.7.6. | 1 punkt |  |
| Razem | 20 punktów |  |

*Uwaga!*

*W kolumnie „Akceptacja Tak/Nie”:*

* *W przypadku akceptacji dodatkowej klauzuli należy wpisać słowo „Tak”.*
* *W przypadku braku akceptacji klauzuli dodatkowej należy wpisać słowo „Nie”.*
* *Pozostawienie pustego pola uznane będzie jednoznacznie za brak akceptacji danej dodatkowej klauzuli.*
1. ***Ja niżej podpisany oświadczam, że:***
	1. Przyjmuję termin realizacji zamówienia: 36 miesięcy, tj. od 01.07.2014r. do 30.06.2017r.
	2. Warunki płatności będą minimum zgodne z wzorem umowy będącym załącznikiem do SIWZ.
	3. Zapoznałem się z treścią SIWZ dla niniejszego zamówienia i nie wnoszę uwag.
	4. Złożona przeze mnie oferta spełnia wszystkie warunki określone w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
	5. Otrzymałem wszystkie niezbędne dane do przygotowania niniejszej oferty i wykonania zamówienia.
	6. Jestem związany z niniejszą ofertą przez okres 60 dni od dnia, w którym upływa termin składania ofert.
	7. Zapoznałem się zapisami Wzoru umowy - Załącznika nr 6 do SIWZ i nie wnoszę uwag.
	8. Wadium zostało wniesione w formie:

……………………………*……………………………………………………………………………………… (należy uzupełnić)*

* 1. Zamierzam powierzyć podwykonawcom do realizacji następującą część zamówienia: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
	*(jeżeli Wykonawca nie zamierza powierzyć podwykonawcom do realizacji żadnej z części zamówienia należy wpisać „Nie dotyczy”)*
1. ***Załącznikami do niniejszej oferty są:***
	1. Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu.
	2. Oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia z postępowania z powodu niespełnienia warunków, o których mowa w art. 24 ustawy Pzp.
	3. Lista podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej (w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów Dz. U. Nr 50, poz. 331 z późniejszymi zmianami), o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt 5) ustawy Pzp, albo informacja o tym, że nie należy do grupy kapitałowej.
	4. Wykaz wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych, głównych usług, w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, wraz z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i podmiotów, na rzecz których usługi zostały wykonane, wraz z załączeniem dowodów, czy zostały wykonane lub są wykonywane należycie.
	5. Aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji, w celu wykazania braku podstaw do wykluczenia w oparciu o art. 24 ust. 1 pkt 2 ustawy Pzp, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
	6. Aktualne zaświadczenie właściwego naczelnika Urzędu Skarbowego potwierdzające, że Wykonawca nie zalega z opłaceniem podatków, lub zaświadczenie że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert.
	7. Aktualne zaświadczenie właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego potwierdzające, że wykonawca nie zalega z opłaceniem składek na ubezpieczenia zdrowotne i społeczne, lub potwierdzenie, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert.
	8. Aktualna informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt. 4-8 ustawy, wystawiona nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
	9. Aktualna informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt. 9 ustawy, wystawiona nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
	10. Aktualna informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt. 10 i 11 ustawy, wystawiona nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
	11. Dokumenty potwierdzające posiadanie zezwolenia właściwego organu na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej, o której mowa w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej w dziale I (tekst jednolity Dz. U. z 2010 r. Nr 11, poz. 66 ze zm.) w zakresie co najmniej tożsamym z przedmiotem zamówienia.
	12. Pełnomocnictwo do reprezentowania Wykonawcy.
	13. Dowód wniesienia wadium.
	14. Ogólne Warunki Ubezpieczeń:

………………………………….……………………………………………………………………OWU).

* 1. Tabela oceny procentowej uszczerbków.
	2. Ogólne Warunki Indywidualnej Kontynuacji.
	3. ………………………………………………………………………………………………………………

.................................................... …………………………………………………..

 *(miejscowość, data) (podpis osoby upoważnionej)*