Załącznik Nr 2 do SIWZ

**Grupowe ubezpieczenie na życie pracowników Śląskiej Wojewódzkiej Komendy Ochotniczych Hufców Pracy w Katowicach oraz członków ich rodzin**

…………………………………………………..

Miejscowość, data

 Pieczęć oferenta

**Do:** ........................................................................................

 ***(pełna nazwa i dokładny adres zamawiającego)***

 **Od:** .........................................................................................

 ***(pełna nazwa i dokładny adres oferenta)***

Fax ………………………………………………………………..

e-mail ……………………………………………………………

**OFERTA**

W związku z przetargiem nieograniczonym na realizację usługi:

**Grupowe ubezpieczenie na życie pracowników Śląskiej Wojewódzkiej Komendy Ochotniczych Hufców Pracy w Katowicach oraz członków ich rodzin**

1. Oferuję(my) wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym rzeczowym zakresie objętym Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia za cenę przedstawioną poniżej:

Zobowiązuję się do wykonania zamówienia na:

**Grupowe Ubezpieczenie na życie pracowników Śląskiej Wojewódzkiej Komendy Ochotniczych Hufców Pracy w Katowicach oraz członków ich rodzin**

1. **Oferuję wykonanie zamówienia za:**
* Cenę za zakres I

(dotyczy składki za jedną osobę za jeden miesiąc ochrony ubezpieczeniowej)………………. zł Słownie……………………….zł

* Cenę za zakres II (dotyczy składki za jedną osobę za jeden miesiąc ochrony ubezpieczeniowej )……………………….. zł słownie………………………….zł
1. **Oświadczam, że:**
2. zapoznałem się z treścią Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia,
3. jestem w stanie, na podstawie przedstawionych mi materiałów, zrealizować przedmiot zamówienia na warunkach określonych w SIWZ,
4. otrzymałem wszystkie niezbędne informacje do oceny ryzyk na podstawie art. 815 k.c.
5. Oferta wiąże Wykonawcę przez okres 30 dni od wyznaczonego terminu składania ofert.
6. Cena oferty oraz terminy wykonania zamówienia są ostateczne i nie mogą być negocjowane.
7. Zobowiązuje się zawrzeć umowę w sprawie zamówienia publicznego na warunkach określonych w SIWZ oraz wg wzoru umowy generalnej ubezpieczenia i ogólnych warunkach ubezpieczenia, stosowanych przez Wykonawcę i załączonych do niniejszej oferty.
8. Oferta została przygotowana na podstawie następujących ogólnych i/ lub szczególnych warunkach ubezpieczenia:

- …………………………….

- …………………………….

- …………………………….

8. w przypadku Wykonawcy działającego w formie Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych, złożenie oferty, a w przypadku jej wyboru – zawarcie umów ubezpieczenia nie może wiązać się z nabyciem lub utrzymaniem członkostwa w TUW. Wykonawca działający w formie TUW poprzez złożenie oferty potwierdza, że jest ona na warunkach zgodnie z SIWZ wraz z załącznikami, a jej wybór nie będzie się wiązał z nabyciem lub utrzymaniem członkostwa w TUW.

9. **Klauzule fakultatywne, które mają zastosowanie do składanej oferty:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa klauzuli** | **Opis** | **Liczba Pkt** | **Włączenie klauzuli(wpisać)****TAK/NIE** |
| Klauzula szybkiej likwidacji świadczeń | Brak konieczności wysyłania do Ubezpieczyciela w formie papierowej wymaganej dokumentacji  | 4 |  |
| Klauzula pełnego zniesienia preexistingu dla nowo przystępujących pracowników (nieobecnych w poprzednim programie uczestników) | Wykonawca będzie ponosił odpowiedzialność za zdarzenia występujące po dacie zawarcia umowy ubezpieczenia, nawet jeśli ich przyczyny wynikają ze stanów chorobowych lub nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie poprzedzającym zawarcie umowy ubezpieczenia na bazie niniejszego SIWZ.Dotyczy to w szczególności ryzyk związanych z:* pobytem w szpitalu, w tym także dodatkowe świadczenia przysługujące w związku z pobytem w szpitalu,
* poważnym zachorowaniem (ciężką chorobą),
* zawałem serca, udarem mózgu,
* przebyciem, przeprowadzeniem operacji u ubezpieczonego,
* poddaniu się specjalistycznemu leczeniu
 | 6 |  |
| Klauzula pełnego zniesienia preexistingu dla nowo przystępujących współmałżonków/partnerów (nieobecnych w poprzednim programie uczestników)  | Wykonawca będzie ponosił odpowiedzialność za zdarzenia występujące po dacie zawarcia umowy ubezpieczenia, nawet jeśli ich przyczyny wynikają ze stanów chorobowych lub nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie poprzedzającym zawarcie umowy ubezpieczenia na bazie niniejszego SIWZ. Dotyczy to w szczególności ryzyk związanych z:* pobytem w szpitalu, w tym także dodatkowe świadczenia przysługujące w związku z pobytem w szpitalu,
* poważnym zachorowaniem (ciężką chorobą),
* zawałem serca, udarem mózgu
* przebyciem, przeprowadzeniem operacji ubezpieczonego,
* poddaniu się specjalistycznemu leczeniu
 | 4 |  |
| Klauzula rekonwalescencji przy obniżonym progu dni pobytu w szpitalu | trwający, bezpośrednio i bez przerwy – po pobycie w szpitalu **minimum 7-dniowym** (w związku z chorobą lub w następstwie nieszczęśliwego wypadku) – pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym w związku z przyczyną pobytu w szpitalu; zwolnienie lekarskie może być wydane przez oddział szpitalny lub jakąkolwiek inną jednostkę prowadzącą działalność leczniczą zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawa w tym zakresie | 4 |  |
| Klauzula pobytu w szpitalu w związku z ciążą | Zamawiający wymaga, aby Wykonawca ponosił odpowiedzialność za pobyt w szpitalu związany z ciąża bez warunku diagnozy ciąży wysokiego ryzyka lub tez pobytu w szpitalu bezpośrednio związanego z zagrożeniem zdrowia lub życia matki lub dziecka (płodu) przy zachowanej **min. ilości pobytu w szpitalu w ilości 3 dni** ( sposób liczenia dni zgodnie z definicją pobytu w szpitalu); **max liczba ilości dni za które zapłaci towarzystwo ubezpieczeń wynosi 7 dni w trakcie jednego pobytu**; max liczba pobytów w jednym rocznym okresie ubezpieczenia wynosi 3 pobyty | 4 |  |
| Klauzula zniesienia limitu wieku w definicji dziecka | dziecko – dziecko ubezpieczonego ( własne, a także przysposobione lub pasierb – jeżeli nie żyje odpowiednio ojciec lub matka) **bez określenia górnego limitu wieku**; przedmiotowa definicja będzie miała zastosowanie do tych wszystkich ryzyk opisanych w niniejszym programie oraz każdego innego, dla którego SIWZ i/lub OWU Wykonawcy odnoszą się w tej kategorii | 4 |  |
| Klauzula definicji rodziców „teściów” partnera | **rodzice ubezpieczonego partnera „teściowie”** – rodzice ubezpieczonego i/lub współubezpieczonego partnera; ojczym i macocha, o ile nie żyje odpowiednio ojciec lub matka biologiczna ubezpieczonego i/lub współubezpieczonego partnera; | 3 |  |
| Klauzula rozszerzająca katalog poważnych zachorowań w stosunku do ubezpieczonego pracownika o neuroboreliozę  | **Neuroborelioza:** Odkleszczowa choroba zakaźna wywołana przez krętki z rodzaju Borrelia przebiegająca z objawami neuroboreliozy w postaci: limfocytarnego zapalenia opon mózgowordzeniowych, zapalenia nerwów czaszkowych, zapalenia korzeni i nerwów obwodowych, przewlekłego zapalenia mózgu i rdzenia kręgowego lub zespołem zaburzeń poznawczych i otępienia. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnimi wynikami badań serologicznych w surowicy krwi, a w przypadku zapalenia mózgu lub rdzenia kręgowego dodatnimi wynikami badań serologicznych w płynie mózgowo-rdzeniowym | 4 |  |
| Klauzula wprowadzająca ryzyko poważnych zachorowań w stosunku do małżonka ubezpieczonego pracownika  | **Wysokość świadczenia wynosi 2.000,- zł** i dotyczy małżonka pracownika ( małżonek zgodnie z definicją w pkt 2.2.10, definicja i katalog poważnych zachorowań zgodnie z pkt 2.2.14) | 4 |  |
| Klauzula progresji w ryzyku trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku następstw nieszczęśliwego wypadku połączonego z pobytem w szpitalu  | W przypadku zaistnienia odpowiedzialności ubezpieczyciela w wyniku następstw nieszczęśliwego wypadku ( zgodnie z definicja pkt. 2.2.2) w wyniku którego ubezpieczony będzie przebywał w szpitalu (zgodnie z definicją pkt 2.2.15) **stawka ryczałtowa za każdy dzień pobytu w szpitalu zostaje zwiększona o 50 % i wynosi odpowiednio: 195 zł za każdy dzień pobytu dla zakresu I-szego i 240,- zł dla zakresu II-ego**; Max limit podwyższonego świadczeniaza które odpowiedzialność ponosi ubezpieczyciel wynosi 7 dni jednorazowego pobytu; Max liczba zdarzeń w każdym rocznym okresie ubezpieczenia wynosi 2 pobyty | 3 |  |

 **Ocena klauzul według następujących zasad:**

**-** Włączenie klauzuli: TAK – uzyskana ilość punktów zgodnie z punktacjąpodaną w kolumnie „Liczba punktów” za włączenie;

- Brak włączenia klauzuli: NIE – liczba uzyskanych punktów wynosi 0;

 - Pozostawienie niewypełnionej rubryki „ Włączenie klauzuli (wpisać) TAK/NIE” oznaczać będzie brak włączenia klauzuli, liczba punktów 0.

10. Dane teleadresowe Wykonawcy oraz osoby do prowadzenia korespondencji z Zamawiającym:

 - Nazwa (firma) Wykonawcy: \*………………………………………

 - Adres:………………………………………………………………..

 - tel……………………………….., fax………………………………

 **Podpis (podpisy)**

 **upełnomocnionego przedstawiciela Oferenta**

Załącznik nr 3 do SIWZ

**Grupowe ubezpieczenie na życie pracowników Śląskiej Wojewódzkiej Komendy Ochotniczych Hufców Pracy w Katowicach oraz członków ich rodzin**

 **Zamawiający:**

Śląska Wojewódzka Komenda Ochotniczych Hufców Pracy w Katowicach Pl. Grunwaldzki 8-10 40-950 Katowice

**Oświadczenie Wykonawcy**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

* 1. Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Grupowe ubezpieczenie na życie pracowników Śląskiej Wojewódzkiej Komendy Ochotniczych Hufców Pracy w Katowicach oraz członków ich rodzin** oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego

w    ………...…………..…………………………………………………..………………………………… *(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu)*.

…………….………..…. dnia ………….……. r.

 *(miejscowość)*

 …………………………………………

*(podpis)*

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW**:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w………………………………………………………...……….. *(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu),* polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: ……………………………………………………………………….

..……………………………………………………………………………………………………………….……………………………………..,
w następującym zakresie: …………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………… *(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

…………….……., dnia ………….……. r.

 *(miejscowość)*

 …………………………………………

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……., dnia ………….……. r.

 *(miejscowość)*

 …………………………………………

*(podpis)*

Załącznik nr 4 do SIWZ

**Grupowe ubezpieczenie na życie pracowników Śląskiej Wojewódzkiej Komendy Ochotniczych Hufców Pracy w Katowicach oraz członków ich rodzin**

 **Zamawiający:**

Śląska Wojewódzka Komenda Ochotniczych Hufców Pracy w Katowicach Pl. Grunwaldzki 8-10 40-950 Katowice,

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

 **Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego
pn. **Grupowe ubezpieczenie na życie pracowników Śląskiej Wojewódzkiej Komendy Ochotniczych Hufców Pracy w Katowicach oraz członków ich rodzin**

 *(nazwa postępowania)*,prowadzonego przez Śląska Wojewódzką Komendę OHP *(oznaczenie zamawiającego),* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie
art. 24 ust 1 pkt 12-23 ustawy Pzp.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze: ………………………………………………………………………………………………………………..

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

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: …………………………………………………………… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)* nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

*[UWAGA: zastosować tylko wtedy, gdy zamawiający przewidział możliwość, o której mowa w art. 25a ust. 5 pkt 2 ustawy Pzp]*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, będącego/ych podwykonawcą/ami: ……………………………………………………………………..….…… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*, nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

Załącznik nr 5 do SIWZ

**Grupowe ubezpieczenie na życie pracowników Śląskiej Wojewódzkiej Komendy Ochotniczych Hufców Pracy w Katowicach oraz członków ich rodzin**

*Dokument, który Wykonawca zobowiązany jest złożyć w terminie 3 dni od dnia zamieszczenia na stronie internetowej Zamawiającego informacji, o której mowa w art. 86 ust. 5 ustawy.*

**Oświadczenie o przynależności albo braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej**

Składając ofertę w postępowaniu oświadczamy, że:

**\*) nie należymy** do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy

**\*) należymy** 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 późn. zm.), o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy, w skład której wchodzą następujące podmioty:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Adres |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |

Niniejszym składam dokumenty / informacje potwierdzające, że powiązania z innym wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu:

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

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

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

\*/ *niepotrzebne skreślić*

 **Podpis (podpisy)**

 **upełnomocnionego przedstawiciela Oferenta**