Nr sprawy: AT-232-Zp-2/17 Załącznik nr 2 do SIWZ

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

(pieczęć adresowa wykonawcy)

**Formularz ofertowy**

Niniejszym oświadczamy, że w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na świadczenie usług grupowego ubezpieczenia na życie dla pracowników Wojewódzkiego Ośrodek Ruchu Drogowego w Warszawie oraz członków ich rodzin, ofertę przetargową składa:

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

*(Nazwa wykonawcy/ów)*

1. składamy niniejszą ofertę przetargową we własnym imieniu\*
2. jako lider konsorcjum zarządzanego przez\* ………………………...............................................

*(nazwa lidera)*

\* *zaznaczyć właściwe*

**I Kryterium: Cena**

Oferujemy wykonanie przedmiotowego zamówienia zgodnie ze szczegółowymi warunkami zamówienia za następującą cenę/składkę:

|  |
| --- |
| **Cena jednostkowa za osobę na miesiąc ………………PLN (słownie złotych…………………………………………………………………….)** |

**II Kryterium: Wysokość świadczeń**

Oferujemy następujące sumy ubezpieczenia/ wysokość świadczenia:

| **Minimalny obligatoryjny zakres świadczeń** | **Suma ubezpieczenia / wysokość świadczenia (PLN)** |
| --- | --- |
| Zgon Ubezpieczonego |  |
| Zgon Ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (łączne świadczenie) |  |
| Zgon Ubezpieczonego spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu (łączne świadczenie) |  |
| Zgon Ubezpieczonego spowodowany wypadkiem komunikacyjnym (łączne świadczenie) |  |
| Zgon Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy (łączne świadczenie) |  |
| Zgon Ubezpieczonego spowodowany wypadkiem komunikacyjnym przy pracy (łączne świadczenie) |  |
| Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem  (za 100 % uszczerbku)  (za 1 % uszczerbku) |  |
|  |
| Zgon współmałżonka/ partnera Ubezpieczonego |  |
| Zgon współmałżonka/ partnera spowodowany komunikacyjnym wypadkiem ( łączne świadczenie) |  |
| Zgon współmałżonka/ partnera spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem ( łączne świadczenie) |  |
| Osierocenie dziecka (18-letniego; uczącego się do 25 r. ż.) świadczenie dla każdego dziecka |  |
| Zgon dziecka Ubezpieczonego |  |
| Zgon rodziców lub rodziców współmałżonka |  |
| Urodzenie się żywego dziecka Ubezpieczonemu |  |
| Urodzenie się martwego  dziecka Ubezpieczonemu |  |
| Świadczenie za pobyt w szpitalu, Ubezpieczonemu jeśli pobyt był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem - powyżej 1 dnia pobytu w szpitalu, wypłata od 1 do 14 dnia pobytu w szpitalu |  |
| Świadczenie za pobyt w szpitalu, jeśli pobyt był spowodowany wypadkiem komunikacyjnym – powyżej 1 dnia pobytu w szpitalu, wypłata od 1 do 14 dnia pobytu w szpitalu |  |
| Świadczenie za pobyt w szpitalu, jeśli pobyt był spowodowany wypadkiem przy pracy – powyżej 1 dnia pobytu w szpitalu, wypłata od 1 do 14 dnia pobytu w szpitalu |  |
| Świadczenie za pobyt w szpitalu, jeśli pobyt był spowodowany wypadkiem komunikacyjnym przy pracy – powyżej 1 dnia pobytu w szpitalu, wypłata od 1 do 14 dnia pobytu w szpitalu |  |
| Świadczenie za pobyt w szpitalu, jeśli był spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu powyżej 1 dnia pobytu w szpitalu, wypłata od 1 do 14 dnia pobytu w szpitalu |  |
| Świadczenie za pobyt w szpitalu spowodowany chorobą – powyżej jednego dnia pobytu w szpitalu, wypłata od 1 do 14 dnia pobytu w szpitalu |  |
| Wystąpienie ciężkiej choroby u ubezpieczonego zdiagnozowanej w okresie ubezpieczenia: zawał serca, chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych, nowotwór złośliwy, udar mózgu, niewydolność nerek, zakażenie wirusem HIV, oparzenia, transplantacja organów, utrata wzroku, oponiak, anemia plastyczna, bąblowiec mózgu, choroba Creutzwelda-Jakoba, masywny zator tętnicy płucnej, odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu, ropień mózgu, sepsa, tężec, wścieklizna, zgorzel gazowa, choroba Parkinsona oraz inne wg OWU wykonawcy – obowiązują definicje zawarte w OWU Wykonawcy |  |
| Wystąpienie ciężkiej choroby u małżonka ubezpieczonego  zdiagnozowanej w okresie ubezpieczenia: zawał serca, chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych, nowotwór złośliwy, udar mózgu, niewydolność nerek, zakażenie wirusem HIV, oparzenia, transplantacja organów, utrata wzroku, oponiak, anemia plastyczna, bąblowiec mózgu, choroba Creutzwelda-Jakoba, masywny zator tętnicy płucnej, odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu, ropień mózgu, sepsa, tężec, wścieklizna, zgorzel gazowa, choroba Parkinsona oraz inne wg OWU Wykonawcy – obowiązują definicje zawarte w OWU Wykonawcy. |  |
| Operacje - ubezpieczenie operacji będących następstwem nieszczęśliwego wypadku lub choroby-wg katalogu operacji obowiązujących u ubezpieczyciela i wysokości świadczeń określonych w OWU Wykonawcy. liczonych od bazowych sum ubezpieczenia podanych w poszczególnych wariantach |  |

**III Kryterium: Aplikacja Informatyczna**

Oferujemy możliwości obsługi programu ubezpieczeniowego za pośrednictwem aplikacji informatycznej, której funkcjonalność spełnia łącznie wszystkie poniższe warunki:

1. możliwość pobrania wszelkich druków obsługowych, roszczeniowych z aplikacji,
2. możliwość comiesięcznego raportowania w formie elektronicznej do ubezpieczyciela przez osoby obsługujące ubezpieczenie u pracodawcy,
3. możliwość zgłaszania świadczeń bezspornych droga elektroniczną (poczta e-mail, faks) potwierdzania dokumentów za zgodność z oryginałem.

|  |  |
| --- | --- |
| **Tak\*** | **Nie\*** |

*\*zaznaczyć właściwe*

**IV Kryterium: Indywidualna Kontynuacja**

Oferujemy cenę Pakietu Indywidualna Kontynuacja za 1 tys. PLN Sumy Ubezpieczenia:

|  |
| --- |
| **Cena: ………………PLN (słownie złotych…………………………………………………………………….)** |

1. Płatność składki będzie dokonywana zgodnie z zasadami określonymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
2. Uznajemy się za związanych treścią oferty przez okres 30 dni od daty upływu terminu składania ofert i zobowiązujemy się do zawarcia umowy na określonych przez Zamawiającego warunkach, zgodnie ze Wzorem umowy, stanowiącym Załącznik nr 5 do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego, oraz wystawienia polis ubezpieczeniowych i certyfikatów ubezpieczeniowych, w przypadku uznania naszej oferty za najkorzystniejszą.
3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia   
   i załącznikami do niej, w tym z przedmiotem zamówienia oraz z postanowieniami wzorca umowy, akceptujemy je i nie wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń oraz oświadczamy, że uzyskaliśmy wszystkie konieczne informacje, niezbędne do przygotowania oferty.
4. Niniejszym informujemy, iż informacje składające się na ofertę, zawarte na stronach od ............. do ............ stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i jako takie nie mogą być ogólnie udostępnione.
5. Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć Ogólne Warunki Ubezpieczenia przed podpisaniem umowy (podać rodzaj warunków ubezpieczenia i datę uchwalenia/wejścia w życie)
6. OWU ......................................................................................................................................
7. Zamierzam powierzyć podwykonawcom następującą część zamówienia:

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

1. Internet : http:// .........................................., e-mail ................................ @ .....................................,

tel:......................................................., fax: .......................................................................................

1. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do kontaktów: ........................................................................

9. Informacja na temat podwykonawstwa (jeżeli dotyczy):

Wykonawca przewiduje powierzenie części zamówienia podwykonawcy - tak/nie\*

*\* zaznaczyć właściwe*

Wykonawca przewiduje powierzenie części zamówienia podwykonawcy w zakresie:

………………………………

Wartość lub procentowa część zamówienia, jaka zostanie powierzona podwykonawcy

………………………………

10. Informacja dla celów statystycznych:

Oświadczam, że \*:

- Wykonawca jest małym lub średnim przedsiębiorstwem;  
- Wykonawca jest z innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej;  
- Wykonawca jest z państwa niebędącego członkiem Unii Europejskiej;

*\* zaznaczyć właściwe*

Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.

*11. 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 zgodnych z SIWZ wraz z załącznikami, a jej wybór nie będzie się wiązał z nabyciem lub utrzymaniem członkostwa w TUW.*

...................., dnia ...........................2017 r. ……………………………………………………

*Podpis(y) osoby/osób wskazanych w dokumencie*

*uprawniającym do występowania w obrocie*

*prawnym lub posiadających pełnomocnictwo*