**DZP.381.10A.2022** **Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTOWY DLA UNIWERSYTECKIEGO CENTRUM KLINICZNEGO IM. PROF. K. GIBIŃSKIEGO SUM W KATOWICACH**

Nazwa wykonawcy ..........................................................................................................................

Siedziba: ...........................................................................................................................................

Adres zamieszkania\*………………………………………………………………………………

*\*) dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarcza oraz wspólników w spółce cywilnej*

REGON ......................................... NIP ..........................................

Tel. ......................................... fax ..........................................

e-mail ............................................................................................................

Adres strony www ................................................................................... (jeśli istnieje)

numer konta …………………………………………………………………………. *(w celu wpisania do umowy - w przypadku nie podania numeru konta Wykonawca zobowiązany jest wpisać numer konta w umowie)*

* + - 1. Ubiegając się o zamówienie publiczne na **Usługę kompleksowego ubezpieczenia Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach** zobowiązujemy się do wykonania przedmiotu zamówienia w okresie 36 miesięcy za cenę łączną określoną poniżej:

**Pakiet 1:** Ubezpieczenie obowiązkowe OC i dobrowolne OC

Cena ostateczna oferty: ………………………………………….. zł,

**w tym:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot zamówienia | Wysokość składki za pierwszy okres ubezpieczeniowy  (12 miesięcy) | Wysokość składki za drugi okres ubezpieczeniowy  (12 miesięcy) | Wysokość składki za trzeci okres ubezpieczeniowy  (12 miesięcy) |
| Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą |  |  |  |
| Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia działalności medycznej |  |  |  |
| Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności i posiadanego mienia |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

Składka za ubezpieczenia rozłożona na 6 rat w każdym okresie polisowania.

Oświadczamy, iż do oferty mają zastosowanie następujące Ogólne Warunki Ubezpieczenia:

1. Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia działalności medycznej

Obowiązujące OWU:……………………………………………………………,

1. Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności i posiadanego mienia

Obowiązujące OWU:……………………………………………………………,

**TABELA DO OCENY W KRYTERIUM „WARUNKI UBEZPIECZENIA” (pakiet 1)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr klauzuli (numeracja zgodna z OPZ)** | **KLAUZULE FAKULTATYWNE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ** | **Liczba pkt przypisana klauzuli** | **Akceptacja Wykonawcy** |
| 51. | Klauzula likwidatora szkód | 20 | **TAK/NIE\*** |
| 52. | Klauzula zniesienia regresu do podmiotów powiązanych kapitałowo lub osobowo | 5 | **TAK/NIE\*** |

*\*w pozycjach TAK/NIE\* prosimy niewłaściwe skreślić lub zaznaczyć właściwe stwierdzenie tj. wskazanie odpowiedzi „TAK” (w przypadku akceptacji klauzuli) lub „NIE” (w przypadku braku akceptacji). W przypadku nie zaznaczenia lub nie skreślenia żadnej odpowiedzi Zamawiający uzna to za brak akceptacji klauzuli fakultatywnej*

**Pakiet 2:** Ubezpieczenie mienia

Cena ostateczna oferty: ………………………………………….. zł,

**w tym:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot zamówienia | Wysokość składki za pierwszy okres ubezpieczeniowy  (12 miesięcy) | Wysokość składki za drugi okres ubezpieczeniowy  (12 miesięcy) | Wysokość składki za trzeci okres ubezpieczeniowy  (12 miesięcy) |
| Ubezpieczenie mienia od ognia i innych żywiołów |  |  |  |
| Ubezpieczenie szyb i przedmiotów szklanych od stłuczenia |  |  |  |
| Ubezpieczenie mienia od kradzieży z włamaniem i rabunku oraz ryzyka dewastacji |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

Składka za ubezpieczenie rozłożona na 6 rat w każdym okresie polisowania.

Oświadczamy, iż do oferty mają zastosowanie następujące Ogólne Warunki Ubezpieczenia:

1. Ubezpieczenie mienia od ognia i innych żywiołów

Obowiązujące OWU:……………………………………………………………,

1. Ubezpieczenie szyb i przedmiotów szklanych od stłuczenia

Obowiązujące OWU:……………………………………………………………,

1. Ubezpieczenie mienia od kradzieży z włamaniem i rabunku oraz ryzyka dewastacji

Obowiązujące OWU:……………………………………………………………,

**TABELA DO OCENY W KRYTERIUM „WARUNKI UBEZPIECZENIA” (pakiet 2)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr klauzuli (numeracja zgodna z OPZ)** | **KLAUZULE FAKULTATYWNE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ** | | **Liczba pkt przypisana klauzuli** | **Akceptacja Wykonawcy** |
|  | Klauzula zwiększonych kosztów działalności | 10 | | **TAK/NIE\*** |
|  | Klauzula kosztów pracy w godzinach nadliczbowych, nocnych oraz w dni wolne | 5 | | **TAK/NIE\*** |
|  | Klauzula ubezpieczenia aktów terroryzmu | 5 | | **TAK/NIE\*** |
|  | Klauzula ubezpieczenia strajków, rozruchów i zamieszek | 5 | | **TAK/NIE\*** |
|  | Klauzula ewakuacji | 5 | | **TAK/NIE\*** |
|  | Klauzula nowych miejsc ubezpieczenia | 5 | | **TAK/NIE\*** |
|  | Klauzula wznowienia limitów po powstaniu szkody | 10 | | **TAK/NIE\*** |
|  | Klauzula odstąpienia od obowiązku odtworzenia mienia | 10 | | **TAK/NIE\*** |
|  | Klauzula elementów nieuszkodzonych | 5 | | **TAK/NIE\*** |
|  | Klauzula zastąpienia i części zamiennych | 10 | | **TAK/NIE\*** |
|  | Klauzula płatności rat | 5 | | **TAK/NIE\*** |
|  | Klauzula zniesienia zasady proporcji | 20 | | **TAK/NIE\*** |
|  | Klauzula zabezpieczeń przeciwpożarowych | 5 | | **TAK/NIE\*** |
|  | Klauzula zabezpieczeń przeciwkradzieżowych | 10 | | **TAK/NIE\*** |
|  | Klauzula uderzenia pojazdu własnego | 5 | | **TAK/NIE\*** |
|  | Klauzula przeniesienia mienia | 5 | | **TAK/NIE\*** |
|  | Klauzula szybkiej likwidacji szkód | 20 | | **TAK/NIE\*** |
|  | Klauzula badania okoliczności | 10 | | **TAK/NIE\*** |
|  | Klauzula 72 godzin | 10 | | **TAK/NIE\*** |
|  | Klauzula katastrofy budowlanej | 10 | | **TAK/NIE\*** |
|  | Klauzula zniszczenia przez obiekty sąsiadujące | 20 | | **TAK/NIE\*** |
|  | Klauzula usunięcia pozostałości po szkodzie – limit ponad sumę ubezpieczenia | 5 | | **TAK/NIE\*** |
|  | Klauzula zabezpieczenia mienia przed szkodą – limit ponad sumę ubezpieczenia | 10 | | **TAK/NIE\*** |
|  | Klauzula kosztów poszukiwania przyczyny szkody | 10 | | **TAK/NIE\*** |
|  | Klauzula likwidatora szkód | 20 | | **TAK/NIE\*** |
|  | Klauzula zniesienia regresu do podmiotów powiązanych kapitałowo lub osobowo | 5 | | **TAK/NIE\*** |

*\*w pozycjach TAK/NIE\* prosimy niewłaściwe skreślić lub zaznaczyć właściwe stwierdzenie tj. wskazanie odpowiedzi „TAK” (w przypadku akceptacji klauzuli) lub „NIE” (w przypadku braku akceptacji). W przypadku nie zaznaczenia lub nie skreślenia żadnej odpowiedzi Zamawiający uzna to za brak akceptacji klauzuli fakultatywnej*

**Pakiet 3:** Ubezpieczenie komunikacyjne

Cena ostateczna oferty: ………………………………………….. zł,

**w tym:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot zamówienia | Wysokość składki za pierwszy okres ubezpieczeniowy  (12 miesięcy) | Wysokość składki za drugi okres ubezpieczeniowy  (12 miesięcy) | Wysokość składki za trzeci okres ubezpieczeniowy  (12 miesięcy) |
| Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych |  |  |  |
| Ubezpieczenie Autocasco |  |  |  |
| Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków kierowcy i pasażerów pojazdu mechanicznego |  |  |  |
| Ubezpieczenie Assistance |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

Składka za ubezpieczenie płatna jednorazowo w każdym okresie polisowania.

Oświadczamy, iż do oferty mają zastosowanie następujące Ogólne Warunki Ubezpieczenia:

1. Ubezpieczenie Autocasco

Obowiązujące OWU:……………………………………………………………,

1. Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków

Obowiązujące OWU:……………………………………………………………,

1. Ubezpieczenie Assistance

Obowiązujące OWU:……………………………………………………………,

**TABELA DO OCENY W KRYTERIUM „WARUNKI UBEZPIECZENIA” (pakiet 3)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr klauzuli (numeracja zgodna z OPZ)** | **KLAUZULE FAKULTATYWNE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ** | **Liczba pkt przypisana klauzuli** | **Akceptacja Wykonawcy** |
|  | Klauzula trwałych następstw zawału serca i udaru mózgu | 5 | **TAK/NIE\*** |
|  | Klauzula współdziałania przy zbyciu pojazdu po szkodzie całkowitej | 5 | **TAK/NIE\*** |
|  | Klauzula likwidatora szkód | 10 | **TAK/NIE\*** |
|  | Klauzula złamania przepisów ruchu drogowego | 5 | **TAK/NIE\*** |
|  | Klauzula ładunkowa | 5 | **TAK/NIE\*** |
|  | Klauzula kluczy | 5 | **TAK/NIE\*** |
|  | Klauzula likwidacji szkód częściowych w wariancie serwisowym | 5 | **TAK/NIE\*** |
|  | Klauzula automatycznego pokrycia w OC komunikacyjnym | 10 | **TAK/NIE\*** |

*\*w pozycjach TAK/NIE\* prosimy niewłaściwe skreślić lub zaznaczyć właściwe stwierdzenie tj. wskazanie odpowiedzi „TAK” (w przypadku akceptacji klauzuli) lub „NIE” (w przypadku braku akceptacji). W przypadku nie zaznaczenia lub nie skreślenia żadnej odpowiedzi Zamawiający uzna to za brak akceptacji klauzuli fakultatywnej*

* + - 1. Oświadczamy, iż w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
      2. Oświadczamy, że wybór naszej oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, w sytuacji, gdy nie dołączyliśmy do oferty informacji wykonawcy o powstaniu obowiązku podatkowego.
      3. Oświadczamy, iż zapoznaliśmy się z warunkami przetargu, uzyskaliśmy wszystkie informacje niezbędne do oszacowania ryzyka, przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz, że nie wnosimy żadnych zastrzeżeń do Specyfikacji Warunków Zamówienia wraz z wszystkimi załącznikami.
      4. Jesteśmy związani niniejszą ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Warunków Zamówienia.
      5. Zawarta w Specyfikacji Warunków Zamówienia treść wzoru umowy została przez nas zaakceptowana i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wskazanych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
      6. *Dotyczy Wykonawców składających ofertę na pakiet 3: Oświadczamy, iż w terminie 7 dni od ogłoszenia wyników postępowania przedłożymy szczegółowe rozbicie składek za wszystkie ubezpieczenia na poszczególne pojazdy.\**

*(\*UWAGA: Wykonawcy, którzy nie składają oferty na pakiet 3 mogą powyższy punkt usunąć, przekreślić, wskazać adnotację „nie dotyczy” lub pozostawić bez zmian).*

* + - 1. Następujące części zamówienia zostaną powierzone podwykonawcom:

***(Wykonawca wypełnia – o ile dotyczy):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr pakietu** | **Części zamówienia, której wykonanie Wykonawca powierzy podwykonawcom** | **Nazwa firmy** *(o ile znana)* |
|  |  |  |
|  |  |  |

* + - 1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, ze zm.) (dalej w treści RODO) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*  
         *(\*W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO, może wykreślić treść niniejszego oświadczenia)*
      2. Rodzaj Wykonawcy:

1. Mikroprzedsiębiorstwo\*
2. Małe przedsiębiorstwo\*
3. Średnie przedsiębiorstwo\*
4. Jednoosobowa działalnością gospodarczą \*
5. Osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej\*
6. Duże przedsiębiorstwo\*

(\*Niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć – punkt nieobowiązkowy)