Załącznik nr 4

**FORMULARZ OFERTY NA USŁUGĘ UBEZPIECZENIA**

**GÓRNOŚLĄSKIE CENTRUM ZDROWIA DZIECKA IM. ŚW. JANA PAWŁA II SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 6 ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH SWZ NR 237/2022/Katowice**

**PAKIET I**

1. Nazwa i adres Wykonawcy (ubezpieczyciela):

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

1. Adres poczty elektronicznej Wykonawcy (ubezpieczyciela):

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

1. REGON

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

1. Cena ostateczna oferty (słownie) w całym okresie ubezpieczenia:

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa ryzyka**  | **Wysokość składki na okres****12 m-cy** | **Wysokość składki na okres 36 m-cy** |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą |  |  |
| 2 | Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia działalności medycznej  |  |  |
| 3 | Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności i posiadanego mienia |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |

1. Sumy gwarancyjne, sumy ubezpieczenia, limity, udziały własne i franszyzy zgodnie z SWZ

**KLAUZULE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | **Liczba pkt przypisana klauzuli** | **Przyjęta TAK/NIE** |
| 1. Klauzula stempla bankowego
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula obiegu dokumentów
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula likwidatora szkód
 | 20 |  |
| 1. Klauzula zniesienia regresu w stosunku do pracowników
 | 5 |  |
| 1. Klauzula zniesienia regresu w stosunku do podmiotów powiązanych kapitałowo lub osobowo
 | 5 |  |

1. Składka za ubezpieczenie zostanie rozłożona na 18 rat w każdym okresie polisowania.
2. Wykonawca oświadcza, że zapoznał się z warunkami postępowania, uzyskał wszystkie informacje niezbędne do oszacowania ryzyka, przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz, że nie wnosi żadnych zastrzeżeń do Specyfikacji Warunków Zamówienia wraz z wszystkimi załącznikami. Wykonawca oświadcza również, że zapoznał się z postanowieniami Umowy Generalnej i w pełni akceptuje jej treść.
3. Wykonawca oświadcza, że jest związany niniejszą ofertą przez okres 90 dni od upływu terminu składania ofert.
4. Wykonawcza oświadcza, że do oferty mają zastosowanie następujące Ogólne Warunki Ubezpieczenia:
5. 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:……………………………………………………………,

10.Następujące części zamówienia zostaną powierzone podwykonawcom:

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Części zamówienia, której wykonanie Wykonawca powierzy podwykonawcom** | **Nazwa firmy** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

11. Oświadczam, że wszystkim osobom, których dane przekazałem Zamawiającemu w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu, przekazałem informację o przetwarzaniu ich danych osobowych przez Zamawiającego zawartą w Specyfikacji Warunków Zamówienia.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …......................................, | …......................... | …...................................................... |
| Miejscowość | Data | Podpis i pieczęć Wykonawcy |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

Załącznik nr 5

**FORMULARZ OFERTY NA USŁUGĘ UBEZPIECZENIA**

**GÓRNOŚLĄSKIE CENTRUM ZDROWIA DZIECKA IM. ŚW. JANA PAWŁA II SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 6 ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH**

**SWZ NR 237/2022/Katowice**

**PAKIET II**

1. Nazwa i adres Wykonawcy (ubezpieczyciela):

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

1. Adres poczty elektronicznej Wykonawcy (ubezpieczyciela):

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

1. REGON

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

1. Cena ostateczna oferty (słownie) w całym okresie ubezpieczenia (dla zamówienia podstawowego):

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa ryzyka**  | **Wysokość składki na okres****12 m-cy** | **Wysokość składki na okres****36 m-cy** |
| 1 | Ubezpieczenie mienia od ognia i innych żywiołów |  |  |
| 2 | Ubezpieczenie szyb i przedmiotów szklanych od stłuczenia |  |  |
| 3 | Ubezpieczenie mienia od kradzieży z włamaniem i rabunku oraz ryzyka dewastacji |  |  |
| 4 | Ubezpieczenie sprzętu elektronicznego w systemie wszystkich ryzyk |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |

1. Sumy gwarancyjne, sumy ubezpieczenia, limity, udziały własne i franszyzy zgodnie z SWZ

**KLAUZULE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | **Liczba pkt przypisana klauzuli** | **Przyjęta TAK/NIE** |
| 1. Klauzula przepięć
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula reprezentantów
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula automatycznego pokrycia
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula stempla bankowego
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula ograniczenia zasady proporcji
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula Leeway’a
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula podatku VAT
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula szkód powstałych w wyniku prac budowlanych, remontowych i modernizacyjnych
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula dewastacji
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula rozliczenia składki
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula wartości mienia
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula nadwyżkowa do mienia ubezpieczanego w wartości księgowej brutto
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula samolikwidacji małych szkód
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula szkód elektrycznych
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula rzeczoznawców
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula obiegu dokumentów
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula niezawiadomienia w terminie o szkodzie
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula automatycznego pokrycia majątku nabytego po zebraniu danych do SWZ
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula braku składki minimalnej
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula technologiczna
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula mienia wyłączonego z eksploatacji powyżej 30 dni
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula zwiększonych kosztów działalności
 | 10 |  |
| 1. Klauzula kosztów pracy w godzinach nadliczbowych, nocnych oraz w dni wolne
 | 5 |  |
| 1. Klauzula frachtu ekspresowego (w tym lotniczego)
 | 5 |  |
| 1. Klauzula nowych miejsc ubezpieczenia
 | 5 |  |
| 1. Klauzula wznowienia limitów po powstaniu szkody
 | 10 |  |
| 1. Klauzula odstąpienia od obowiązku odtworzenia mienia
 | 10 |  |
| 1. Klauzula elementów nieuszkodzonych
 | 5 |  |
| 1. Klauzula zastąpienia i części zamiennych
 | 10 |  |
| 1. Klauzula przetężenia
 | 10 |  |
| 1. Klauzula składowania
 | 10 |  |
| 1. Klauzula płatności rat
 | 5 |  |
| 1. Klauzula zniesienia zasady proporcji
 | 20 |  |
| 1. Klauzula zabezpieczeń przeciwpożarowych
 | 5 |  |
| 1. Klauzula zabezpieczeń przeciwkradzieżowych
 | 10 |  |
| 1. Klauzula uderzenia pojazdu własnego
 | 5 |  |
| 1. Klauzula przeniesienia mienia
 | 5 |  |
| 1. Klauzula zabezpieczenia utraconych wpływów z czynszu
 | 5 |  |
| 1. Klauzula szybkiej likwidacji szkód
 | 20 |  |
| 1. Klauzula badania okoliczności
 | 10 |  |
| 1. Klauzula 72 godzin
 | 10 |  |
| 1. Klauzula katastrofy budowlanej
 | 10 |  |
| 1. Klauzula transportowa
 | 15 |  |
| 1. Klauzula zniszczenia przez obiekty sąsiadujące
 | 20 |  |
| 1. Klauzula usunięcia pozostałości po szkodzie – limit ponad sumę ubezpieczenia
 | 5 |  |
| 1. Klauzula zabezpieczenia przed szkodą – limit ponad sumę ubezpieczenia
 | 10 |  |
| 1. Klauzula kosztów poszukiwania przyczyny szkody
 | 10 |  |
| 1. Klauzula likwidatora szkód
 | 20 |  |
| 1. Klauzula zniesienia regresu w stosunku do pracowników
 | 5 |  |
| 1. Klauzula zniesienia regresu w stosunku do podmiotów powiązanych kapitałowo lub osobowo
 | 5 |  |

1. Składka za ubezpieczenie zostanie rozłożona na 18 rat w każdym okresie polisowania.
2. Wykonawca oświadcza, że zapoznał się z warunkami postępowania, uzyskał wszystkie informacje niezbędne do oszacowania ryzyka, przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz, że nie wnosi żadnych zastrzeżeń do Specyfikacji Warunków Zamówienia wraz z wszystkimi załącznikami. Wykonawca oświadcza również, że zapoznał się z postanowieniami Umowy Generalnej i w pełni akceptuje jej treść.
3. Wykonawca oświadcza, że jest związany niniejszą ofertą przez okres 90 dni od upływu terminu składania ofert.
4. Wykonawcza oświadcza, że do oferty mają zastosowanie następujące Ogólne Warunki Ubezpieczenia:
5. 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:……………………………………………………………,

1. Ubezpieczenie sprzętu elektronicznego w systemie wszystkich ryzyk

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

1. Następujące części zamówienia zostaną powierzone podwykonawcom:

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Części zamówienia, której wykonanie Wykonawca powierzy podwykonawcom** | **Nazwa firmy** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Oświadczam, że wszystkim osobom, których dane przekazałem Zamawiającemu w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu, przekazałem informację o przetwarzaniu ich danych osobowych przez Zamawiającego zawartą w Specyfikacji Warunków Zamówienia.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …......................................, | …......................... | …...................................................... |
| Miejscowość | Data | Podpis i pieczęć Wykonawcy |

Załącznik Nr 6

**FORMULARZ OFERTY NA USŁUGĘ UBEZPIECZENIA**

**GÓRNOŚLĄSKIE CENTRUM ZDROWIA DZIECKA IM. ŚW. JANA PAWŁA II SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 6 ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH**

**SWZ NR 237/2022/Katowice**

**PAKIET III**

1. Nazwa i adres Wykonawcy (ubezpieczyciela):

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

1. Adres poczty elektronicznej Wykonawcy (ubezpieczyciela):

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

1. REGON

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

1. Cena ostateczna oferty (słownie) w całym okresie ubezpieczenia:

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa ryzyka**  | **Wysokość składki na okres****12 m-cy** | **Wysokość składki na okres 36 m-cy** |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych |  |  |
| 2 | Ubezpieczenie Autocasco  |  |  |
| 3 | Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków |  |  |
| 4 | Ubezpieczenie Assistance |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |

1. Sumy gwarancyjne, sumy ubezpieczenia, limity, udziały własne i franszyzy zgodnie z SWZ

**KLAUZULE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

| **Lp.** | **Nazwa klauzuli** | **Liczba pkt przypisana klauzuli** | **Przyjęta TAK/NIE** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Klauzula rzeczoznawców | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 2. | Klauzula obiegu dokumentów | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 3. | Klauzula akceptacji aktualnego stanu zabezpieczeń | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 4. | Klauzula zachowania ochrony ubezpieczeniowej | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 5. | Klauzula ważności badań technicznych | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 6. | Klauzula stempla bankowego | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 7. | Klauzula automatycznego pokrycia OC | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 8. | Klauzula holowania pojazdu specjalistycznego | 10 |  |
| * + - 1. 9.
 | Klauzula trwałych następstw zawału serca i udaru mózgu | 5 |  |
| * + - 1. 10.
 | * + - 1. Klauzula współdziałania przy zbyciu pojazdu po szkodzie całkowitej
 | 5 |  |
| * + - 1. 11.
 | * + - 1. Klauzula likwidatora szkód
 | 10 |  |
| * + - 1. 12.
 | * + - 1. Klauzula złamania przepisów ruchu drogowego
 | 5 |  |
| * + - 1. 13.
 | * + - 1. Klauzula ładunkowa
 | 5 |  |
| * + - 1. 14.
 | * + - 1. Klauzula kluczy
 | 5 |  |

1. Składka za ubezpieczenie zostanie opłacona jednorazowo w każdym okresie polisowania.
2. Wykonawca oświadcza, że zapoznał się z warunkami postepowania, uzyskał wszystkie informacje niezbędne do oszacowania ryzyka, przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz, że nie wnosi żadnych zastrzeżeń do Specyfikacji Warunków Zamówienia wraz z wszystkimi załącznikami. Wykonawca oświadcza również, że zapoznał się z postanowieniami Umowy Generalnej i w pełni akceptuje jej treść.
3. Wykonawca oświadcza, że jest związany niniejszą ofertą przez okres 90 dni od upływu terminu składania ofert.
4. Wykonawca oświadcza, że w przypadku wyboru jego oferty w ciągu 7 dni od ogłoszenia wyników postępowania przedłoży szczegółowe rozbicie składek za wszystkie ubezpieczenia na poszczególne pojazdy.
5. Wykonawcza oświadcza, że do oferty mają zastosowanie następujące Ogólne Warunki Ubezpieczenia:
6. Ubezpieczenie Autocasco

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

1. Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków

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

1. Ubezpieczenie Assistance

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

11. Następujące części zamówienia zostaną powierzone podwykonawcom:

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Części zamówienia, której wykonanie Wykonawca powierzy podwykonawcom** | **Nazwa firmy** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

12. Oświadczam, że wszystkim osobom, których dane przekazałem Zamawiającemu w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu, przekazałem informację o przetwarzaniu ich danych osobowych przez Zamawiającego zawartą w Specyfikacji Warunków Zamówienia.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ........................................., | ............................ | ......................................................... |
| Miejscowość | Data | Podpis i pieczęć Wykonawcy |

Załącznik Nr 13

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

Nazwa Wykonawcy

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

Imię i nazwisko składającego oświadczenie

# OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

Składane na podstawie z art. 125 ust.1 ustawy Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2021 r. ze zm.) dalej ustawy Pzp oświadczam, że:

1. spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w SWZ;
2. nie podlegam/podlegam\* wykluczeniu z postępowania na podstawie przesłanek zawartych w art. 108 ust. 1 ustawy Pzp;

\*\*Podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 pkt (……..) ustawy Pzp. Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

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

1. Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone na podstawie art. 112 ust.
2 pkt 2 Pzp wskazane przez Zamawiającego w SWZ w zakresie posiadania uprawnień do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej.\* tj. posiadam zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej w zakresie wszystkich grup ryzyk objętych przedmiotem zamówienia, o których mowa w Ustawie z dnia 11 września 2015
r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2020 r. ze zm.). \*\*\*
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy
z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 r., poz. 835).

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.

*\*niewłaściwe skreślić*

*\*\*wypełnić jeśli podlega*

*\*\*\* W przypadku gdy Wykonawca rozpoczął działalność przed wejściem w życie Ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 59, poz. 344 ze zm.) składa na wezwanie Zamawiającego jeżeli jego oferta została najwyżej oceniona zaświadczenie wydane przez Ministra Finansów o posiadaniu zgody na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ........................................., | ............................ | ......................................................... |
| miejscowość | data | podpis Wykonawcy |

Załącznik Nr 3

Nazwa Wykonawcy:

…………………………………

Adres siedziby:

………………………………..

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE CZĘŚCI POUFNEJ SWZ**

Zwracam się z wnioskiem o udostępnienie części SWZ objętej poufnością w celu przygotowania oferty udzielenia zamówienia publicznego dla postępowania SWZ nr 237/2022/Katowice na usługę ubezpieczenia Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach na adres poczty elektronicznej ………………………. .

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

 (podpis osoby składającej wniosek)