**Wykonawca:**

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

*(pełna nazwa/firma, adres)*

- adres e-mail / nr faksu: ……….……………..

NIP............................., REGON.....................

**FORMULARZ OFERTOWY**

Działając w imieniu i na rzecz Wykonawcy, w związku z ubieganiem się przez Wykonawcę o udzielenie zamówienia w postępowaniu prowadzonym w trybie podstawowym bez negocjacji na:

**„****Ubezpieczenie mienia i odpowiedzialności cywilnej wraz z ubezpieczeniami komunikacyjnymi oraz następstw nieszczęśliwych wypadków członków OSP Gminy Mstów wraz z jednostkami organizacyjnymi i instytucjami kultury”**

**Część II**

oferujemy wykonanie usług objętych przedmiotem zamówienia zgodnie z wymogami zawartymi   
w Specyfikacji Warunków Zamówienia (dalej „SWZ”) za łączną składkę :

zł.

**…………………………….. PLN**

(słownie : ……………………………………………………………………………)

w tym podatek VAT: .......... %

Jednocześnie poniżej przedstawiamy wysokość składek, stawek oraz akceptujemy następującej klauzule fakultatywne (**brak wpisania „TAK” lub „NIE” oznacza brak akceptacji danej klauzuli fakultatywnej**):

**Składki / stawki:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **rodzaj pojazdu / ubezpieczenie** | **Składka OC** | **stawka AC** | **składka NNW** |
| *forma wyliczenia składki* | *za pojazd* | *% sumy ubezpieczenia każdego pojazdu* | *za pojazd* |
| samochód specjalny pożarniczy | PLN | % | PLN |
| inne nie wymienione powyżej  ……………………………. | PLN | % | PLN |
| inne nie wymienione powyżej  ……………………………. | PLN | % | PLN |

W kryterium **Serwis Posprzedażowy** **[ SP ]:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryterium**  **Serwis Posprzedażowy [SP]** | Akceptacja – proszę wpisać TAK  Brak akceptacji – proszę wpisać NIE  Brak wpisania TAK lub NIE oznacza 0 pkt. | Ilość punktów możliwych do uzyskania |
|  | klauzula funduszu prewencyjnego |  | 4 |
|  | klauzula wykonania terminu oględzin |  | 4 |
|  | klauzula samolikwidacji szkód |  | 4 |
|  | klauzula wypłaty zaliczki |  | 4 |
|  | klauzula dedykowanego likwidatora |  | 4 |

W kryterium **Klauzule fakultatywne [ Z ]:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa dodatkowej klauzuli fakultatywnej** | Akceptacja –  proszę wpisać TAK  brak akceptacji – proszę wpisać NIE | Ilość punktów pomocniczych możliwych do uzyskania |
|  | klauzula badania lekarskiego (komunikacja) |  | 5 |
|  | klauzula dodatkowego serwisu pomocowego |  | 20 |
|  | klauzula niezawiadomienia w terminie o szkodzie |  | 5 |
|  | klauzula ograniczenia zasady proporcji - Leeway A ( komunikacja ) |  | 5 |
|  | klauzula przewożonego ładunku |  | 5 |
|  | klauzula świadczenia jednorazowego NNW (komunikacja) |  | 5 |
|  | klauzula wysokości świadczenia NNW (komunikacja) |  | 5 |
|  | klauzula zassania wody do silnika |  | 15 |
|  | klauzula zmiany definicji szkody całkowitej |  | 20 |
|  | klauzula zniesienia zużycia w ogumieniu |  | 10 |

1. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w SWZ w pkt 17.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze SWZ i nie wnosimy do niej zastrzeżeń.
3. Oświadczamy, że uzyskaliśmy informacje niezbędne do przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz przyjmujemy warunki określone w SWZ.
4. Oświadczamy, że zamówienie wykonamy w terminie do 31.12.2026 r.
5. Oświadczamy, że zawarty w SWZ Wzór projektowanych postanowień umowy Załącznik nr 8.2 do SWZ został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy/ów na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
6. Oświadczamy, że informacje zawarte w oferciena stronach nr od …… do …… (lub w pkt … oświadczenia Wykonawcy, że nie podlega wykluczeniu oraz spełnia warunki udziału   
   w postępowaniu) stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.\*
7. Jednocześnie w załączeniu przekazujemy informację z wykazaniem, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.\*
8. Oświadczamy, że (dotyczy Towarzystw Ubezpieczeń Wzajemnych):
9. w naszym statucie przewidujemy możliwość ubezpieczania osób nie będących członkami towarzystwa;
10. Zamawiający (Ubezpieczający/Ubezpieczony) są osobami nie będącymi członkami towarzystwa   
    i nie będą zobowiązane do udziału w pokrywaniu straty towarzystwa przez wnoszenie dodatkowej składki ubezpieczeniowej w całym okresie realizacji zamówienia, zgodnie z art. 111 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (t. j. Dz. U. z 2023 r. poz. 656, dalej „ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej”);
11. składka przypisana Zamawiającemu (jednostkom Zamawiającego) w okresie realizacji zamówienia mieści się w 10% składki przypisanej towarzystwu przypadającej na osoby nie będące członkami towarzystwa, zgodnie z art. 111 ust. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
12. Oświadczamy, iż w razie wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej w Postępowaniu i zawarcia umowy/ów w sprawie zamówienia, warunki zaoferowane Zamawiającemu będą przez cały okres trwania umowy/ów dostępne również dla wskazanych przez niego wszystkich Ubezpieczonych   
    w ramach niniejszego postępowania.
13. Zamawiający zobowiązuje się do zapłaty składki w terminie 14 dni kalendarzowych liczonych od początku okresu ubezpieczenia dla danej polisy ubezpieczeniowej.
14. Niniejszą ofertę składamy na …… kolejno ponumerowanych stronach.
15. Następujące części niniejszego zamówienia powierzamy podwykonawcom:

|  |  |
| --- | --- |
| L.p. | Nazwa części zamówienia |
|  |  |
|  |  |

1. Osobami uprawnionymi do reprezentowania naszej firmy są / imię i nazwisko oraz stanowisko /:

* …………………………………………. - …………………………………………………..
* …………………………………………. - …………………………………………………..

1. Prawo do reprezentacji wynika z:

* ………………………………………….………………………………………….
* ………………………………………….………………………………………….

1. Wszelką korespondencję w sprawie przedmiotowego postępowania należy kierować na poniższy adres: Imię i nazwisko (nazwa): …………………..……………. Tel.: …………….….……. Faks: ……..………….…..e-mail: ………………………….
2. Oświadczam, że jestem ………………………………………. Przedsiębiorcą.

(**Wykonawca określa czy jest mikroprzedsiębiorcą, małym, średnim, dużym przedsiębiorcą\*\*)**

1. **Oświadczamy, że do poszczególnych ubezpieczeń stanowiących przedmiot zamówienia będą miały zastosowanie wymienione poniżej warunki ubezpieczenia:**
   1. ………………………………………….………………………………………….
   2. ………………………………………….………………………………………….
   3. ………………………………………….………………………………………….
2. Załącznikami do niniejszego formularza ofertowego są:
3. ………………………………………….………………………………………….
4. ………………………………………….………………………………………….
5. ………………………………………….………………………………………….

\**Niepotrzebne skreślić.*

\*\* **Mikroprzedsiębiorstwo**: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR., **Małe przedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR. **Średnie przedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, 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. **Duże przedsiębiorstwo: inne niż w/w wymienione.**