OP-IV.272.5.2018.ELB

Załącznik nr 2 do SIWZ

## FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa Wykonawcy . . . . . . . . . .

Adres Wykonawcy . . . . . . . . . .

tel. . . . . . . . . . . . .

faks: . . . . . . . . . . . .

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

**Składamy naszą ofertę w postępowaniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na Ubezpieczenie pojazdów mechanicznych Województwa Lubelskiego za cenę**

.......................... PLN,słownie złotych.........................................................................................

/usługa zwolniona z podatku VAT zgodnie z art. 43 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (tekst jednolity Dz.U. z 2017 r., poz. 1221 z późn. zm.)/

wynikającą z wypełnionego formularza cenowego, zawartego poniżej.

Termin wykonania zamówienia: **24 miesiące**

Termin związania ofertą i warunki płatności: **zgodne z postanowieniami specyfikacji istotnych warunków zamówienia**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FORMULARZ CENOWY** | | |
| **lp.** | **Zakres zamówienia** | **Składka za 24 miesiące** |
| 1 | Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych | **zł** |
| 2 | Ubezpieczenie auto casco | **zł** |
| 3 | Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków kierowców i pasażerów | **zł** |
| 4 | Ubezpieczenie assistance | **zł** |
| 5 | Ubezpieczenie Zielona karta | **zł** |
| **Razem składka do zapłaty (suma składek z wierszy 1,2, 3, 4 i 5):** | | **zł** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Klauzule dodatkowe i inne postanowienia szczególne fakultatywne** | **Akceptacja** |
| Uznanie za szkodę częściową uszkodzenie ubezpieczonego pojazdu w takim zakresie, że koszt jego naprawy nie przekracza 80% jego wartości rynkowej na dzień ustalania odszkodowania – 20 punktów |  |
| Przyjęcie podanej klauzuli szkody całkowitej – 20 punktów |  |
| Przyjęcie odpowiedzialności za szkody z ubezpieczenia auto casco powstałe podczas kierowania pojazdem w stanie nietrzeźwości albo po spożyciu alkoholu, lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – 10 punktów |  |
| Przyjęcie gwarantowanej sumy ubezpieczenia auto casco przez każdy roczny okres ubezpieczenia pojazdów – 20 punktów |  |
| Przyjęcie podanej klauzuli ubezpieczenia pojazdu niezabezpieczonego – 20 punktów |  |
| Przyjęcie podanej klauzuli funduszu prewencyjnego – 10 punktów |  |

*W kolumnie „Akceptacja” w wierszu dotyczącym akceptowanej klauzuli dodatkowej lub postanowień szczególnych proszę wpisać słowo „Tak” w przypadku przyjęcia danej klauzuli lub postanowienia szczególnego oraz słowo „Nie” w przypadku nieprzyjęcia. Brak słowa „Tak” lub „Nie” uznany zostanie jako niezaakceptowanie danej klauzuli lub postanowienia szczególnego. W przypadku przyjęcia danej klauzuli lub postanowienia szczególnego, lecz w innej wersji niż podana w niniejszej specyfikacji, Zamawiający nie przyzna punktów dodatkowych.*

**Formularz ofertowy nie podlega uzupełnieniu.**

Oświadczam, iż zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń.

Oświadczam, iż akceptuję przekazany przez Zamawiającego szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz wzór umowy.

Oświadczam, iż w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy.

Oświadczam, że najpóźniej w terminie 2 dni przed datą zawarcia umowy przedstawimy dokument kalkulacyjny stanowiący jej załącznik, określający szczegółowy sposób obliczenia składki, tzn. zastosowane stawki i składki roczne w odniesieniu do poszczególnych składników mienia i rodzajów ubezpieczenia.

Część (zakres) zamówienia dotyczący ………………………………….………………………\* będzie realizowana przez następującego podwykonawcę ……………………………. (\*jeśli dotyczy).

*\* podać, które części zamówienia będą realizowane przez podwykonawcę lub napisać „nie dotyczy”*

Oświadczamy, iż informacje zawarte na stronach od …. do …. są objęte tajemnicą przedsiębiorstwa zgodnie z art. 8 ust. 3 ustawy PZP (należy dołączyć szczegółowe uzasadnienie zastrzeżenia informacji w przeciwnym razie cała oferta zostanie ujawniona na życzenie każdego uczestnika postępowania)

Wykonawca składający ofertę jest: **małym / średnim przedsiębiorcą** **[...]TAK […]NIE**

(zaznaczyć znakiem „X” właściwą opcje).

Oświadczam, że\*\*

1. statut reprezentowanego przez nas wykonawcy – towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych przewiduje, że towarzystwo ubezpiecza także osoby niebędące członkami towarzystwa;
2. w przypadku wyboru oferty reprezentowanego przez nas wykonawcy – towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, towarzystwo udzieli ochrony ubezpieczeniowej zamawiającemu, jako osobie niebędącej członkiem towarzystwa;
3. jeśli zamawiający w przeszłości był lub jest członkiem towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, fakt ten nie ma znaczenia dla niniejszego zamówienia i zamawiający nie jest zobowiązany do wnoszenia składki członkowskiej;
4. zgodnie z art. 111 ust 2. ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej zamawiający nie będzie zobowiązany do pokrywania strat towarzystwa przez wnoszenie dodatkowej składki ubezpieczeniowej.

*\*\* dotyczy wyłącznie Wykonawcy, który działa w formie towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych*

**Oświadczam, że w sprawach nieuregulowanych w specyfikacji istotnych warunków zamówienia i w ofercie mają zastosowanie następujące ogólne i szczególne warunki ubezpieczenia oraz aneksy do tych warunków** *(należy wpisać wszystkie ogólne i szczególne warunki z datami zatwierdzenia przez Zarząd Wykonawcy i wszystkie aneksy do tych warunków obowiązujące na dzień składania oferty):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie wszystkich obowiązujących ogólnych i szczególnych warunków ubezpieczenia oraz aneksów do tych warunków, mających zastosowanie do niniejszego zamówienia** | **Data zatwierdzenia przez Zarząd Wykonawcy** |
| **Ubezpieczenie auto casco** | | |
|  |  |  |
| **Ubezpieczenie NNW kierowcy i pasażerów** | | |
|  |  |  |
| **Ubezpieczenie assistance** | | |
|  |  |  |
| **Ubezpieczenie Zielona karta** | | |
|  |  |  |
| **Zastosowany najszerszy wariant odpłatnego rozszerzonego ubezpieczenia assistance** | | |
|  | | |

..........................dnia................................. …………………....................................................

(podpis i pieczątka imienna osoby upoważnionej

do składania oświadczeń woli w imieniu wykonawcy)