**Załącznik nr 1 do SIWZ**

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

( pieczęć Wykonawcy)

**FORMULARZ OFERTOWY**

## OFERTA CENOWA

Ja (My), niżej podpisany (ni) ...........................................................................................

działając w imieniu i na rzecz :

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

(pełna nazwa wykonawcy)

................................................................................................................................................................ (adres siedziby wykonawcy)

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

Telefon ................................................................... fax ............................................................

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

w odpowiedzi na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym na :

„Usługa grupowego ubezpieczenia na życie pracowników oraz członków ich rodzin”

 **Oferuję(my) wykonanie dostawy** w zakresie określonym w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i postanowieniami wzoru umowy(należy wpisać cenę zgodną z wypełnionym kosztorysem cenowym zał. nr 2 do SIWZ)**:**

**WARIANT I (ZAKRES I)**

**1. Składka miesięczna za jednego ubezpieczonego:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Całkowita wartość netto: | Całkowita wartość podatku VAT: | Całkowita wartość brutto: |

Słownie całkowita wartość brutto, z należnym podatkiem VAT: ………………………… …………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

**Cena brutto winna zawierać wszystkie koszty jakie Wykonawca poniesie w związku z realizacją zamówienia.**

**2. Wysokość świadczenia:**

| **Rodzaj zdarzenia** | **Oferta Wykonawcy - wysokość świadczenia przy składce z wariantu I**  |
| --- | --- |
| Śmierć ubezpieczonego z dowolnej przyczyny |  |
| Śmierć ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku |  |
| Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy |  |
| Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego |  |
| Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy |  |
| Śmierć ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu |  |
| Świadczenia dla dziecka – osierocenie |  |
| Śmierć małżonka lub partnera życiowego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem  |  |
| Śmierć małżonka lub partnera życiowego spowodowana przyczyną naturalną  |  |
| Śmierć dziecka spowodowana przyczyną naturalną |  |
| Śmierć rodziców spowodowana przyczyną naturalną |  |
| Śmierć rodziców małżonka lub partnera życiowego spowodowana przyczyną naturalną |  |
| Urodzenie dziecka  |  |
| Urodzenie martwego dziecka  |  |
| Trwały uszczerbek ubezpieczonego na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku – 100% |  |
| Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – 1% |  |
| Wystąpienie ciężkiej choroby ubezpieczonego |  |
| Operacja chirurgiczna |  |
| Pobyt ubezpieczonego w szpitalu z tytułu nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego – min. 1- dniowe leczenie szpitalne  |  |
| Pobyt ubezpieczonego w szpitalu z tytułu nieszczęśliwego wypadku przy pracy – min. 1- dniowe leczenie szpitalne |  |
| Pobyt ubezpieczonego w szpitalu w następstwie zawału lub krwotokiem śródmózgowym – min. 2- dniowe leczenie szpitalne |  |
| Pobyt ubezpieczonego w szpitalu z tytułu nieszczęśliwego wypadku - min. 1- dniowe leczenie szpitalne |  |
| Pobyt ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby - min. 2- dniowe leczenie szpitalne |  |
| Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu na Oddziale Intensywnej Terapii |  |
| Karta udzielająca prawo do zakupu produktów we wskazanych aptekach o wartości min. 200zł  |  |
| Pobyt ubezpieczonego w szpitalu z tytułu nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy  |  |
| Gwarancja dożywotniej indywidualnej kontynuacji ubezpieczeniaOceniana będzie zaoferowana w indywidualnej kontynuacji wysokość świadczenia. |  |

**3. Klauzule Fakultatywne:**

|  |  |
| --- | --- |
| Rozszerzenie zakresu ochrony i sposób oceny zaoferowanej klauzuli. | Oferta Wykonawcy – wysokość świadczenia przy składce z wariantu I |
| Rekonwalescencja – za każdy dzień rekonwalescencji (zwolnienia lekarskiego) po pobycie w szpitalu *Oceniane będzie określenie świadczenie w wysokości min. 20zł w każdym zakresie ponoszenia odpowiedzialności, zgodnie z powyższym wzorem.* |  |
| Wystąpienie ciężkiej choroby ubezpieczonego – rozszerzenie zakresu określonego w kosztorysie cenowym o: - utraty kończyny wskutek choroby- utraty słuchu- wada serca- choroby neuronu ruchowego- choroba Parkinsona- oponiak- utrata wzroku- transplantacja organów- oparzenia- stwardnienie rozsiane-zakażona martwica trzustki - bakteryjne zapalenie wsierdzia- bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo rdzeniowych- choroba Huntingtona *Oceniane będzie określenie świadczenie w wysokości min. 1 000zł w każdym zakresie ponoszenia odpowiedzialności, zgodnie z powyższym wzorem.* |  |
| Leczenie specjalistyczne (chemioterapia lub radioterapia, terapia interferonem, wszczepienie kardiowertera/defibrylatora, wszczepienie rozrusznika serca, ablacja)*Oceniane będzie określenie świadczenie w wysokości min. 2000zł w pierwszym zakresie i min. 3 000zł w drugim zakresie ponoszenia odpowiedzialności, zgodnie z powyższym wzorem.* |  |
| Leczenie specjalistyczne (chemioterapia lub radioterapia, terapia interferonem, wszczepienie kardiowertera/defibrylatora, wszczepienie rozrusznika serca, ablacja)*Oceniane będzie określenie świadczenia w każdym zakresie ponoszenia odpowiedzialności, zgodnie z powyższym wzorem.* |  |

**WARIANT II (ZAKRES II)**

1. Składka miesięczna za jednego ubezpieczonego:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Całkowita wartość netto: | Całkowita wartość podatku VAT: | Całkowita wartość brutto: |

Słownie całkowita wartość brutto, z należnym podatkiem VAT: ………………………… …………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

**Cena brutto winna zawierać wszystkie koszty jakie Wykonawca poniesie w związku z realizacją zamówienia.**

**2. Wysokość świadczenia**

| **Rodzaj zdarzenia** | **Oferta Wykonawcy - wysokość świadczenia przy składce z wariantu II**  |
| --- | --- |
| Śmierć ubezpieczonego z dowolnej przyczyny |  |
| Śmierć ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku |  |
| Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy |  |
| Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego |  |
| Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy |  |
| Śmierć ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu |  |
| Świadczenia dla dziecka – osierocenie |  |
| Śmierć małżonka lub partnera życiowego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem  |  |
| Śmierć małżonka lub partnera życiowego spowodowana przyczyną naturalną  |  |
| Śmierć dziecka spowodowana przyczyną naturalną |  |
| Śmierć rodziców spowodowana przyczyną naturalną |  |
| Śmierć rodziców małżonka lub partnera życiowego spowodowana przyczyną naturalną |  |
| Urodzenie dziecka  |  |
| Urodzenie martwego dziecka  |  |
| Trwały uszczerbek ubezpieczonego na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku – 100% |  |
| Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – 1% |  |
| Wystąpienie ciężkiej choroby ubezpieczonego |  |
| Operacja chirurgiczna |  |
| Pobyt ubezpieczonego w szpitalu z tytułu nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego – min. 1- dniowe leczenie szpitalne  |  |
| Pobyt ubezpieczonego w szpitalu z tytułu nieszczęśliwego wypadku przy pracy – min. 1- dniowe leczenie szpitalne |  |
| Pobyt ubezpieczonego w szpitalu w następstwie zawału lub krwotokiem śródmózgowym – min. 2- dniowe leczenie szpitalne |  |
| Pobyt ubezpieczonego w szpitalu z tytułu nieszczęśliwego wypadku - min. 1- dniowe leczenie szpitalne |  |
| Pobyt ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby - min. 2- dniowe leczenie szpitalne |  |
| Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu na Oddziale Intensywnej Terapii |  |
| Karta udzielająca prawo do zakupu produktów we wskazanych aptekach o wartości min. 200zł  |  |
| Pobyt ubezpieczonego w szpitalu z tytułu nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy  |  |
| Gwarancja dożywotniej indywidualnej kontynuacji ubezpieczeniaOceniana będzie zaoferowana w indywidualnej kontynuacji wysokość świadczenia. |  |

**3. Klauzule Fakultatywne:**

|  |  |
| --- | --- |
| Rozszerzenie zakresu ochrony i sposób oceny zaoferowanej klauzuli. | Oferta Wykonawcy – wysokość świadczenia przy składce z wariantu II |
| Rekonwalescencja – za każdy dzień rekonwalescencji (zwolnienia lekarskiego) po pobycie w szpitalu *Oceniane będzie określenie świadczenie w wysokości min. 20zł w każdym zakresie ponoszenia odpowiedzialności, zgodnie z powyższym wzorem.* |  |
| Wystąpienie ciężkiej choroby ubezpieczonego – rozszerzenie zakresu określonego w kosztorysie cenowym o: - utraty kończyny wskutek choroby- utraty słuchu- wada serca- choroby neuronu ruchowego- choroba Parkinsona- oponiak- utrata wzroku- transplantacja organów- oparzenia- stwardnienie rozsiane-zakażona martwica trzustki - bakteryjne zapalenie wsierdzia- bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo rdzeniowych- choroba Huntingtona *Oceniane będzie określenie świadczenie w wysokości min. 1 000zł w każdym zakresie ponoszenia odpowiedzialności, zgodnie z powyższym wzorem.* |  |
| Leczenie specjalistyczne (chemioterapia lub radioterapia, terapia interferonem, wszczepienie kardiowertera/defibrylatora, wszczepienie rozrusznika serca, ablacja)*Oceniane będzie określenie świadczenie w wysokości min. 2000zł w pierwszym zakresie i min. 3 000zł w drugim zakresie ponoszenia odpowiedzialności, zgodnie z powyższym wzorem.* |  |
| Leczenie specjalistyczne (chemioterapia lub radioterapia, terapia interferonem, wszczepienie kardiowertera/defibrylatora, wszczepienie rozrusznika serca, ablacja)*Oceniane będzie określenie świadczenia w każdym zakresie ponoszenia odpowiedzialności, zgodnie z powyższym wzorem.* |  |

1. Oświadczam(y), że przedmiot zamówienia zrealizujemy w terminie – od dnia podpisania umowy nie wcześniej niż 01.02.2020r. do dnia 30.01.2023r.
2. Oświadczam(y), że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
3. Oświadczam(y), że zapoznałem(liśmy) się ze szczegółowymi warunkami przetargu zawartymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
4. **Oświadczam(y), że wyceniliśmy wszystkie elementy niezbędne do prawidłowego wykonania umowy oraz akceptuję (my) wzór umowy.**
5. Oświadczam(y), że w razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach zawartych we wzorze umowy – załącznik nr 3 dołączonym do SIWZ oraz w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.
6. Oświadczam(y), że część zamówienia zamierzam(y) powierzyć **podwykonawcom/ nie zamierzam powierzyć podwykonawcom**\*.

Zamierzam powierzyć następujący zakres pracy podwykonawcom:

a)………………………………………………………

b)………………………………………………………

1. Oświadczam(y), że oferta **nie zawiera/ zawiera**\* informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2019 r., poz. 1010 z późn. zm.).

Informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa zawarte są w następujących dokumentach ( nazwa dokumentu, strona):

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

1. Oświadczam(y), że wypełniłem(liśmy) obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem(liśmy) w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu
2. Ofertę składam(y) na ................................ kolejno ponumerowanych i spiętych/zszytych stronach.

 *\*- niewłaściwe skreślić*

Na ofertę składają się :

1. Uzupełniony formularz ofertowy – załącznik nr 1 do SIWZ
2. Uzupełniony kosztorys cenowy – załącznik nr 2 do SIWZ
3. Oświadczenia Wykonawcy dotyczące przesłanek wykluczenia z postępowania – załącznik nr 4 do SIWZ,
4. Oświadczenie Wykonawcy dotyczące spełnienia warunków udziału w – załącznik nr 5 do SIWZ,

**..............................., dn. .............................. ......................................................................................**

 **(podpis(y) osób uprawnionych do reprezentacji Wykonawcy)**

**Wzór umowy – załącznik nr 3 do SIWZ**

**UMOWA nr ...............................**

zawarta w dniu ……………….pomiędzy:

Gminą Lublin Plac Króla Władysława Łokietka 1, 20-109 Lublin, posiadającą NIP 946-25-75-811, działającą przez jednostkę organizacyjną Miejski Zespół Żłobków w Lublinie z siedzibą w Lublinie przy ul. Wolskiej 5, 20-411 Lublin, REGON 430910203, reprezentowanym przez: Panią Małgorzatę Momont – Dyrektora Miejskiego Zespołu Żłobków w Lublinie

zwanym dalej *Zamawiającym*

a:

Panią/Panem …………..…( imię i nazwisko) …………………..………………………………...

prowadzącą/cym działalność gospodarczą pod nazwą ………………………………… z siedzibą w ………….. (…-……..), przy ul. ……………………………………., posiadającym NIP……………… , REGON ……………………, wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej według stanu na dzień ………………………r. ,

lub

……………………………., z siedzibą w ………………(..-… ………………..) przy ul. …………..... ……………………, posiadającym NIP …………………. oraz REGON …………………………….

(wpisany do rejestru przedsiębiorców pod numerem Krajowego Rejestru Sądowego ………………)\* , reprezentowanym przez ……………………………………………………………………………

zwaną/ym dalej *Wykonawcą*.

 Niniejsza umowa zostaje zawarta w rezultacie dokonania przez Zamawiającego wyboru oferty Wykonawcy w wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego, na podstawie art. 39 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tj. Dz. U. z 2019 r. poz. 1843).

**§1**

1. Zamawiający zleca, a Wykonawca przyjmuje do wykonania usługę grupowego ubezpieczenia na życie pracowników oraz członków ich rodzin, w zakresie określonym w niniejszej umowie

(dział 855, rozdział 85505, § 4010, § 4110, § 4017, § 4019– zgodnie z klasyfikacją budżetową, zadanie budżetowe MZZ/W/103/00/10/0001, MZZ/W/322/00/10/0001, MZZ/W/362/00/10/0001).

2. Ubezpieczenie obejmować będzie pełny, całodobowy zakres ubezpieczenia na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej oraz za granicą, a dotyczy dobrowolnej ochrony ubezpieczeniowej obejmującej usługę grupowego ubezpieczenia na życie dla pracowników Miejskiego Zespołu Żłobków w Lublinie ich współmałżonków i pełnoletnich dzieci, którzy zgłoszą chęć przystąpienia do ubezpieczenia i uiszczania składki za ubezpieczenie.

3. Ubezpieczenie pracowników ma charakter dobrowolny, a Zamawiający nie gwarantuje że wszyscy pracownicy Miejskiego Zespołu Żłobków w Lublinie przystąpią do ubezpieczenia.

4. Zakres ubezpieczenia, jego warunki i stawki zawarte są w Specyfikacji Istotnych Warunków Ubezpieczenia (SIWZ), ofercie cenowej złożonej przez Wykonawcę oraz w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Wykonawcy.

5. Realizacja niniejszej umowy przebiegać będzie zgodnie z przepisami wynikającymi z ustawy z dnia 22 maja 2003r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 381 z późn.zm.), oraz innymi obowiązującymi przepisami prawnymi w tym zakresie jak i zgodnie z postanowieniami niniejszej umowy.

**§ 2**

1. Strony uzgadniają, że w trakcie realizacji niniejszej umowy poniższe dokumenty będą uważane za jej elementy oraz że będą interpretowane, jako część umowy:

1) Specyfikacja Istotnych Warunków Zamówienia,

2) Oferta Wykonawcy,

3) Dokumenty wystawione przez Wykonawcę potwierdzające zawarcie umów ubezpieczenia, tj. polisy ubezpieczeniowe oraz Ogólne Warunki Ubezpieczenia.

2. W przypadku rozbieżności pomiędzy zapisami dokumentów wymienionych w § 2 ust. 1 pierwszeństwo mają zapisy SIWZ przed zapisami OWU, a w sprawach nieuregulowanych w SIWZ obowiązują zapisy OWU Wykonawcy.

**§ 3**

1. Umowa zostaje zawarta na czas oznaczony, tj**. od 01.02.2020 r. do 30.01.2023 r.**

**§ 4**

1. Strony ustalają, że likwidacja szkód będzie przebiegała zgodnie z ustalonymi procedurami likwidacji szkód.

2. Nadzór nad likwidacją szkód i sprawozdawczość w tym zakresie należy do Wykonawcy.

3. Wykonawca zobowiązuje się do przystąpienia do likwidacji szkody zgłoszonej poprzez przesłanie formularza likwidacji szkód w formie elektronicznej, faxem lub pocztą pod adres wskazany przez Wykonawcę lub osobiste dostarczenie kompletnej dokumentacji.

4. Wykonawca zobowiązuje się do likwidacji szkód i wypłaty świadczeń niezwłocznie po otrzymaniu kompletnej dokumentacji, nie później jednak niż w terminie określonym ustawowo.

5. Zamawiający, w razie konieczności, wymaga od pracownika posiadania aktualnego badania lekarskiego w celu orzeczenia wysokości stopnia uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego. Wykonawca zapewnia możliwość wypłaty stosownego świadczenia na podstawie przekazanej dokumentacji lekarskiej.

6. Wykonawca zapewni ubezpieczonemu możliwość złożenia wszelkiej dokumentacji i zgłoszenie roszczenia w punkcie obsługi Klienta na terenie miasta, w którym siedzibę ma Ubezpieczający, miejsca pracy ubezpieczonego albo w miejscu zamieszkania ubezpieczonego lub umożliwi powyższe w formie elektronicznej, faksem lub pocztą.

**§ 5**

1. Podstawą do wypłaty odszkodowania – świadczenia będzie jeden z następujących dokumentów:

– akt urodzenia;

– akt zgonu;

– wypis ze szpitala;

– orzeczenie lekarskie o stopniu uszczerbku na zdrowiu;

– oryginał faktury kosztów związanych z roszczeniem ubezpieczeniowym;

– lub inne niezbędne dokumenty potwierdzające i uzasadniające roszczenie.

2. Wypłaty należnych świadczeń wypłacane będą w formie przelewu na wskazane przez ubezpieczonego konto bankowe.

**§ 6**

1. Zamawiający zobowiązuje się zapłacić Wykonawcy należną sumę składek, przelewem na przypisany polisie przez Wykonawcę numer konta, nie później niż do 10 dnia miesiąca kalendarzowego, za który udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa.

2. Miesięczne wynagrodzenie Wykonawcy wynosi równowartość iloczynu składki, szczegółowo określonej w § 6 ust 3 umowy i osób ubezpieczonych według przesłanej do Wykonawcy przez Zamawiającego listy. Suma składek za każdy miesięczny okres objęcia ochroną ubezpieczeniową nie może przekroczyć wartości wynikającej z iloczynu ilości osób aktualnie objętych ubezpieczeniem i stawki składki za jednego ubezpieczonego.

3. Miesięczna składka jednostkowa z tytułu niniejszej umowy przez okres realizacji niniejszej umowy będzie niezmienna i wynosi:

a) dla wariantu I -....... złotych (słownie:……)

b) dla wariantu II - ………..złotych (słownie: ……..)

4. Podstawą do naliczenia składki jest imienny wykaz osób ubezpieczonych przygotowywany przez Zamawiającego.

5 Zamawiający zobowiązuje się do przekazywania na 3 dni przed rozpoczęciem miesiąca, którego dotyczy ubezpieczenie, listy osób przystępujących do ubezpieczenia wraz z deklaracjami, listy osób występujących z ubezpieczenia oraz innych wniosków ubezpieczonych.

6. Z tytułu realizacji zamówienia Wykonawca oświadcza, iż *wyśle/nie wyśle* ustrukturyzowaną fakturę elektroniczną w sposób, o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 9 listopada 2018 r. o elektronicznym fakturowaniu w zamówieniach publicznych, koncesjach na roboty budowlane lub usługi oraz partnerstwie publiczno - prywatnym (Dz. U. z 2018 r. poz. 2191) z uwzględnieniem właściwego numeru GLN tj. 5907653871221 Zamawiającego.

**§ 7**

1. Wykonawca zobowiązuje się do umożliwienia przystępowania pracowników do grupowego ubezpieczenia na życie poprzez właściwą reklamę i organizację procesu ubezpieczenia.

2. Nowo przystępujący do umowy ubezpieczenia grupowego pracownicy Zamawiającego będą ubezpieczani według stawek i na warunkach zastosowanych w niniejszej umowie i ofercie stanowiącej załącznik nr 2 do umowy.

3. Wykonawca zapewni, że nie będzie stosował żadnych wyłączeń ochrony ubezpieczeniowej z tytułu karencji dla osób składających deklarację przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia objętego niniejszym zamówieniem publicznym. Brak karencji dotyczy świadczeń ubezpieczeniowych, którymi Ubezpieczeni Pracownicy Zamawiającego byli objęci w obecnym ubezpieczeniu grupowym jak i świadczeń nowych, które dotychczas nie funkcjonowały. Zamawiający wymaga braku karencji dla osób obecnie ubezpieczonych oraz nowo zgłoszonych, jeżeli przystąpiły one do ubezpieczenia poprzez złożenie deklaracji uczestnictwa przed upływem 1 miesiąca liczonego od daty:

a) zawarcia związku małżeńskiego,

b) ukończenia 18-go roku życia (dotyczy dziecka pracownika),

c) rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, nawiązania stosunku prawnego, jeżeli stosunek prawny ubezpieczanego z ubezpieczonym powstał po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej.

W przypadku przekroczenia okresu 1 miesiąca, karencje obowiązują zgodnie z OWU Ubezpieczyciela.

4. Ubezpieczyciel przyjmie do ubezpieczenia pracowników, którzy w dacie zawarcia umowy przebywali na zwolnieniu lekarskim, urlopie macierzyńskim/rodzicielskim lub urlopie bezpłatnym o ile osoby te były objęte ubezpieczeniem w ramach poprzedniego ubezpieczenia

funkcjonującego u Ubezpieczającego. Jeżeli osoby te nie były objęte ubezpieczeniem w ramach poprzednio funkcjonującego ubezpieczenia mają prawo przystąpić do umowy zawartej z Ubezpieczającym bez karencji pod warunkiem, że przystąpią do ubezpieczenia w okresie 1 miesiąca od momentu powrotu do pracy u Ubezpieczającego.

5. Wykonawca zobowiązuje się do zagwarantowania ubezpieczonemu, który przestał być pracownikiem, możliwości indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia po uprzednim złożeniu deklaracji oraz opłaceniu składki. Prawo do kontynuacji ubezpieczenia przysługuje Ubezpieczonemu posiadającemu minimum jednomiesięczny staż w ubezpieczeniu.

**§ 8**

Zamawiający zgodnie z art. 145 ustawy PZP może, w razie powstania istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o powyższych okolicznościach. W takim przypadku Wykonawca otrzyma należne wynagrodzenie z tytułu wykonania części umowy, zgodnie z wskazanymi cenami w kosztorysie cenowym załączonym do oferty (załącznik nr 2 do umowy).

**§ 9**

1. Zamawiający może odstąpić od umowy w sytuacji gdy:

a) Wykonawca nie zachowuje terminów wypłaty świadczeń, wydawania decyzji lub udzielenia odpowiedzi na reklamację przewidzianych przepisami prawa powszechnie obowiązującego,

b) Wykonawca nie wypłacił pracownikowi świadczenia w wysokości wynikającej z zwartej umowy i polisy,

c) Wykonawca narusza którykolwiek z postanowień niniejszej umowy.

2. Przed odstąpieniem od umowy z przyczyn, o których mowa w § 9 ust 1 umowy Zamawiający wezwie Wykonawcę do zmiany sposobu realizacji umowy wyznaczając mu odpowiedni termin, z zastrzeżeniem, że po upływie wyznaczonego terminu odstąpi od umowy.

3. Zamawiający może odstąpić od umowy w ciągu 30 dni od dnia bezskutecznego upływu wyznaczonego Wykonawcy terminu. Odstąpienie od umowy następuje poprzez złożenie oświadczenia o odstąpieniu sporządzonego na piśmie pod rygorem nieważności.

4. W przypadku odstąpienia od umowy, o jakim mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu, Wykonawca może żądać jedynie wynagrodzenia należnego mu z tytułu wykonania części umowy, wykonanej do dnia odstąpienia, a ubezpieczeni, będą przez Wykonawcę traktowani jak objęci ubezpieczeniem w zakresie objętym przedmiotem niniejszej umowy od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, wskazanego w § 3 niniejszej umowy, do dnia odstąpienia i pomimo odstąpienia Wykonawca nie będzie żądał zwrotu odszkodowań wypłaconych za szkody powstałe w tym okresie oraz będzie likwidował ich szkody powstałe w tym okresie, a zgłoszone nawet po odstąpieniu.

**§10**

1. Zamawiający zgodnie z art. 142 ust. 5 ustawy Pzp, przewiduje wprowadzenie zmian postanowień zawartej Umowy, w zakresie wysokości wynagrodzenia należnego Wykonawcy, w przypadku wystąpienia jednej z okoliczności wymienionych poniżej:

a) stawki podatku od towarów i usług,

b) wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę albo wysokości minimalnej stawki godzinowej, ustalonych na podstawie przepisów ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę,

c) zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym lub ubezpieczeniu zdrowotnemu lub wysokości stawki składki na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne,

d) zasad gromadzenia i wysokości wpłat do pracowniczych planów kapitałowych, o których mowa w ustawie z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych.

2. Zmian umowy o której mowa w §10 ust 1 możliwa jest jedynie w sytuacji wykazania przez Wykonawcę lub odpowiednio Zamawiającego, że zmiany stawki podatku od towarów i usług, wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę, , zasad podlegania ubezpieczeniom, zasad gromadzenia i wysokości wpłat do pracowniczych planów kapitałowych, będą miały wpływ na koszty wykonania zamówienia przez Wykonawcę.

3. Zamawiający przewiduje możliwość dokonania zmian postanowień zawartej umowy w stosunku do treści oferty, na podstawie której będzie dokonany wybór Wykonawcy. Zamawiający określa następujące warunki, w jakich przewiduje możliwość dokonania zmian zawartej umowy:

a) w stosunku zakresu realizacji umowy w przypadku gdy konieczność wprowadzenia zmian, wynikła z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy np. zdarzeń losowych, zmiany przepisów,

b) w przypadku zmiany dotyczącej Wykonawcy objętego umową, polegającej na przekształceniu, połączeniach, zmianach własnościowych lub ich formy prawnej, zmiany nazwy lub siedziby

c) zmiana liczby osób ubezpieczonych;

4. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają zgody obu stron i zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

5. Zmiana postanowień umowy nie może dotyczyć treści oferty, na podstawie, której dokonano wyboru Wykonawcy, chyba że Zamawiający przewidział i określi warunki zmian w ogłoszeniu o zamówieniu oraz w SIWZ lub zachodzą okoliczności wskazane w art. 144 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych.

6. Zmiany treści umowy mogą nastąpić jedynie na warunkach i w okolicznościach, o których mowa w art. 144 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych.

7. Zmiana umowy, o których mowa w § 10 umowy mogą nastąpić zarówno na wniosek Zamawiającego jak i Wykonawcy.

8. Wniosek o zmianę umowy zgłaszany jest drugiej stronie na piśmie minimum 7 dni przed datą planowanych zmian i musi zawierać uzasadnienie i opis proponowanych zmian.

**§ 11**

1. Zamawiający wymaga zatrudnienia na podstawie umowy o pracę przez Wykonawcę lub podwykonawcę osób wykonujących czynności w trakcie realizacji zamówienia polegające na zaksięgowaniu wpływu składki ubezpieczeniowej za okres wynikający z umowy bądź wypłacie świadczeń Pracownikowi.

2. Zamawiający ma prawo skontrolowania Wykonawcy w zakresie spełnienia wymagań określonych powyżej. Na żądanie Zamawiającego, w terminie wskazanym przez Zamawiającego nie krótszym niż 5 dni roboczych, Wykonawca zobowiązuje się przedłożyć do wglądu oświadczenie potwierdzające, że pracownicy, o których mowa w §11 ust. 1 umowy, są zatrudnieni na umowę o pracę.

3. Nieprzedstawienie przez Wykonawcę dokumentów, o których mowa w §11 ust. 2 umowy traktowane będzie jako niedopełnienie obowiązku określonego w SIWZ i art. 29 ust. 3a ustawy Prawo Zamówień publicznych.

4. W sytuacji gdy Zamawiający poweźmie wątpliwości co do przestrzegania przez Wykonawcę lub Podwykonawcę, przepisów prawa pracy, Zamawiający może zwrócić się do Państwowej Inspekcji Pracy z wnioskiem o przeprowadzenie kontroli.

**§ 12**

1. Wykonawca oświadcza, iż wykona umowę bez udziału podwykonawców / Wykonawca oświadcza, iż zamierzać powierzyć następujący zakres zamówienia podwykonawcom:

 a) ………………………………………………..\*

**§ 13**

1. Wykonawca nie może bez zgody Zamawiającego wyrażonej na piśmie pod rygorem nieważności, powierzyć realizacji umowy innemu Wykonawcy ani też przelać na niego swoich praw wynikających z umowy.

2. W razie naruszenia przez Wykonawcę postanowień zawartych w ust. 1, Zamawiający może niezwłocznie odstąpić od umowy, w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o powyższych okolicznościach. Odstąpienie następuje poprzez złożenie Wykonawcy oświadczenia o odstąpieniu sporządzonego w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

**§ 14**

1. Strony niniejszej umowy przetwarzają nawzajem dane osobowe w celu spełnienia wymogów kontraktowych, tj. konieczności dysponowania danymi osobowymi na potrzeby wykonania zawartej umowy lub podjęcia działań przed jej zawarciem – na podstawie art. 6 ust. 1 lit B Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO)
2. Strony niniejszej umowy przetwarzać będą również dane osób wskazane wyżej w celu wypełnienia obowiązków prawnych wynikających z przepisów prawa – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. C RODO.

**§ 15**

Spory mogące wyniknąć na tle wykonania postanowień niniejszej umowy strony poddają rozstrzygnięciu właściwemu miejscowo sądowi powszechnemu właściwemu według siedziby Zamawiającego.

**§ 16**

1.W kwestiach nieuregulowanych postanowieniami zawartej umowy zastosowanie mieć będą przepisy ustawy Prawo zamówień publicznych i Kodeksu Cywilnego.

2. Niniejsza umowa poddana jest właściwości Prawa Polskiego.

**§ 17**

1.Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną za naruszenie postanowień umownych dotyczących obowiązków Wykonawcy zatrudnienia pracowników o których mowa w § 11 ust.1- w wysokości 500 zł za każde naruszenie.

2. Zamawiający może dochodzi odszkodowania przewyższającego ustalone w umowie kary umowne, na zasadach ogólnych.

**§18**

1. Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, gdzie dwa egzemplarze są dla Zamawiającego, a jeden dla Wykonawcy.
2. Wszelkie załączniki dołączone do niniejszej umowy i wymienione w jej treści stanowią integralną część umowy

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

 **Wykonawca Zamawiający**

\* Zapisy zostaną odpowiednio skreślone

**Załączniki**:

1) Formularz ofertowy ( załącznik nr 1 do umowy)

2) Kosztorys cenowy ( załącznik nr 2 do umowy)

**Załącznik nr 4 do SIWZ**

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie Wykonawcy**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

 **Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.

„Usługa grupowego ubezpieczenia na życie pracowników oraz członków ich rodzin”,prowadzonego przez Miejski Zespół Żłobków w Lublinie, nr sprawy 253-1/20*,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie
art. 24 ust 1 pkt 12-23 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie
art. 24 ust. 5 ustawy Pzp .

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp *(należy podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

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

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: …………………………………………………………… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)* nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

 …………………………………………

 *(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, będącego/ych podwykonawcą/ami: ……………………………………………………………………..….…… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*, nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

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.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

**Załącznik nr 5 do SIWZ**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

 **Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego
pn. „Usługa grupowego ubezpieczenia na życie pracowników oraz członków ich rodzin”, prowadzonego przez Miejski Zespół Żłobków w Lublinie nr sprawy MZŻ.253-1/20*,* oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w      …………..…………………………………………………..………………………………………….. *(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu)*.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW**:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w………………………………………………………...……….. *(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu),* polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: ……………………………………………………………………….

..………………………………………………………………………………………………………, w następującym zakresie: …………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………… *(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

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.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

**Załącznik Nr 6 do SIWZ**

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZACE PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ**

złożone do przetargu nieograniczonego na „Usługa grupowego ubezpieczenia na życie pracowników oraz członków ich rodzin” Składając ofertę w postępowaniu o zamówienie publiczne prowadzone w trybie przetargu nieograniczonego na: „Usługa grupowego ubezpieczenia na życie pracowników oraz członków ich rodzin” na mocy z *art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy pzp z dnia 29 stycznia 2004 -Prawo zamówień publicznych* w imieniu reprezentowanej przeze mnie firmy:

(Nazwa Wykonawcy, siedziba)

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

oświadczam, iż :

* **należę** do grupy kapitałowej
* **nie należę** do grupy kapitałowej\*

**Uwaga: W przypadku należenia Wykonawcy do grupy kapitałowej Wykonawca załącza listę podmiotów.**

***\*niewłaściwe skreślić***

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

 *( miejscowość, data) (podpis)*

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.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

**Załącznik nr 7 do SIWZ**

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie Wykonawcy**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

 **Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.

„Usługa grupowego ubezpieczenia na życie pracowników oraz członków ich rodzin”,prowadzonego przez Miejski Zespół Żłobków w Lublinie, nr sprawy 253-1/20*,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, o braku wydania wobec mnie prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne albo – w przypadku wydania takiego wyroku lub decyzji – dokumentów potwierdzających dokonanie płatności tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami lub zawarcie wiążącego porozumienia w sprawie spłat tych należności,

2. Oświadczam, o braku orzeczenia wobec niego tytułem środka zapobiegawczego zakazu ubiegania się o zamówienia publiczne.

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

 *( miejscowość, data) (podpis)*