**Regulamin Konkursu**

**na wybór brokera ubezpieczeniowego**

**dla Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej**

**w Kędzierzynie-Koźlu**

**§ 1**

**Definicje**

1. **Konkurs** - postępowanie mające na celu wybór brokera ubezpieczeniowego dla Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu, świadczącego usługi w zakresie pośrednictwa ubezpieczeniowego zgodnie z ustawą z dnia 22 maja 2003r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym (Dz. U. z 2016 poz. 2077, z późn. zm.), zwaną dalej „ustawą o pośrednictwie ubezpieczeniowym”.
2. **Zamawiający** - Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu reprezentowany przez Dyrektora, który uprawniony jest do przygotowania i przeprowadzenia Konkursu.
3. **Wykonawca/Broker -** należy przez to rozumieć osobę fizyczną albo prawną, posiadająca wymagane prawem zezwolenie na wykonywanie działalności brokerskiej wydane przez organ nadzoru i wpisana do rejestru brokerów ubezpieczeniowych zgodnie z ustawą o pośrednictwie ubezpieczeniowym.
4. **Komisja** - Komisja konkursowa powołana przez Zamawiającego w celu przeprowadzenia konkursu na wybór brokera ubezpieczeniowego dla Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu.
5. **Zamówienie** - zgodnie z przyjętą na rynku usług ubezpieczeniowych praktyką, nieodpłatna umowa zawierana pomiędzy Zamawiającym a Brokerem, której przedmiotem są usługi w zakresie doradztwa i pośrednictwa ubezpieczeniowego świadczone zgodnie z ustawą o pośrednictwie ubezpieczeniowym.

**§ 2**

**Postanowienia ogólne**

1. Regulamin określa zasady przeprowadzenia Konkursu na wybór brokera ubezpieczeniowego dla Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu.
2. W sprawach nieuregulowanych w Regulaminie zastosowanie mają przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 2017 r. poz. 459, z późn. zm.).
3. Do Konkursu nie mają zastosowania przepisy ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 poz. 2019, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą PZP”.
4. Konkurs ma charakter otwarty i jest dwuetapowy.
5. Etap I polega na ocenie ofert i ich sklasyfikowaniu według ilości uzyskanych punktów na podstawie złożonego przez Wykonawcę formularza ofertowego,
6. Etap II przeprowadzany będzie w formie prezentacji Wykonawców przed Komisją.
7. Ogłoszenie o konkursie podaje się do publicznej wiadomości co najmniej 7 dni przed wyznaczonym terminem składania ofert.
8. Ogłoszenie o konkursie wraz z Regulaminem Konkursu zamieszcza się na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Zamawiającego.
9. Zamawiający nie dopuszcza do udziału w konkursie konsorcjum Brokerów.
10. Dane kontaktowe Zamawiającego:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu

ul. 24 kwietnia 5, 47-200 Kędzierzyn-Koźle

Osoba upoważniona do kontaktu z Wykonawcami:

Łukasz Litwinowicz -Kierownik Działu Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych

e-mail: [llitwinowicz@e-szpital.eu](mailto:llitwinowicz@e-szpital.eu), tel.: +48 77 40 62 506

**§ 3**

**Przedmiot i zakres świadczenia usług przez brokera**

* + 1. Identyfikacja ryzyk ubezpieczeniowych, związanych z działalnością medyczną i pozamedyczną Zamawiającego, w tym posiadanego mienia,
    2. Analiza aktualnie posiadanego ubezpieczenia OC i majątkowego oraz opracowanie i wdrożenie programu ubezpieczeniowego dostosowanego do rzeczywistych potrzeb i właściwości Zamawiającego, uwzględniającego przede wszystkim:
       1. analizę ryzyka ubezpieczeniowego występującego w związku z funkcjonowaniem Zamawiającego oraz prowadzoną działalnością, medyczną i pozamedyczną, w tym zagrożeń w tym zakresie,
       2. aktualizację ryzyk, ich bieżący monitoring, w tym wskazanie katalogu ryzyk, które należy ubezpieczyć obligatoryjnie, a które fakultatywnie,
       3. wybór formy i systemu ubezpieczenia,
       4. określenie sum bądź limitów ubezpieczenia dla uzyskania właściwej ochrony ubezpieczeniowej dla wskazanych ryzyk,
       5. racjonalizację składki ubezpieczeniowej dla Zamawiającego,
       6. zabezpieczenie możliwie najszerszego pokrycia ochroną ubezpieczeniową, wszystkich zakresów i przedmiotów działalności Zamawiającego.
    3. Optymalizację kosztów związanych z zawieraniem umów ubezpieczenia przez Zamawiającego, zmierzającej do redukcji wydatków na ubezpieczenie, zmniejszenie składek przy możliwie najbardziej korzystnym dla Zamawiającego programie ubezpieczeniowym.
    4. Podjęcie działań zmierzających do minimalizacji ryzyka wystąpienia roszczeń na skutek błędów medycznych oraz zmniejszenia szkodowości w zakresie OC i ubezpieczeniach majątkowych.
    5. Czynną pomoc w obliczaniu wartości i ilości majątku przewidzianego do ubezpieczenia i jego bieżąca aktualizacja.
    6. Opracowanie i przygotowanie kompletnej dokumentacji, niezbędnej do przeprowadzenia w szczególności postępowania o udzielenie zamówienia publicznego zgodnie z ustawą - Prawo zamówień publicznych na wybór ubezpieczyciela, przeprowadzenie procedur wyboru zakładu ubezpieczeń, przeprowadzenia negocjacji z ubezpieczycielami biorącymi udział w postępowaniu (jeżeli były przewidziane) oraz opracowanie i przygotowanie wszelkich dokumentów niezbędnych do wyłonienia ubezpieczyciela. W celu zawarcia umów ubezpieczeniowych.
    7. Przeprowadzenie postępowania przetargowego na wybór ubezpieczyciela zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych.
    8. Nadzór nad bieżącą obsługą ubezpieczeń, w tym dokonywanie wymaganych przez ubezpieczycieli zgłoszeń do ubezpieczeń w imieniu Zamawiającego oraz analiza rynku ubezpieczeniowego pod kątem poszczególnych produktów ubezpieczeniowych i ich ewentualnego zastosowania.
    9. Kompleksową obsługę procesu likwidacji szkód, w tym przyjmowanie zgłoszeń o zaistniałej szkodzie (pomoc w kompletowaniu niezbędnych dokumentów, prowadzenie negocjacji z ubezpieczycielem), ocena pokrycia danej szkody ochroną, korespondencja ze zgłaszającym szkody, zgłoszenie szkody do odpowiedniego zakładu ubezpieczeń, przygotowywanie propozycji rozwiązań w sytuacjach spornych, kontrola działania likwidacji szkód, monitorowanie szkodowości przypisanej do poszczególnych polis, weryfikacja decyzji odszkodowawczych i monitoring terminowości realizacji wypłat odszkodowań przez zakład ubezpieczeń, redagowanie odwołań od decyzji odmownych zakładu ubezpieczeń w sprawach szkód, udział w ewentualnym sporze z zakładem ubezpieczeń; sprawozdawczość miesięczna lub kwartalna z zakresu szkodowości Zamawiającego.
    10. Prowadzenie dedykowanego dla Zamawiającego działu likwidacji szkód.
    11. Przekazywanie informacji o zakończeniu czasu trwania poszczególnych umów ubezpieczenia (na 3 miesiące przed ekspiracją polis).
    12. Sprawdzenie poprawności wystawionych przez ubezpieczyciela polis. Monitorowanie wykorzystania sum gwarancyjnych w poszczególnych ubezpieczeniach OC i majątkowych, doubezpieczenia lub zmiany w umowach ubezpieczeniowych związanych ze zmianami stanu majątku, oraz ryzyka w okresie objętym polisą ubezpieczeniową.
    13. Bezpłatne usługi szkoleniowe, seminaryjne i edukacyjne dla pracowników Zamawiającego z zakresu procedur likwidacji szkód i technik obsługi ubezpieczeniowej; oraz szkoleń w zakresie wnioskowanym przez Zamawiającego, a związanych z prowadzoną przez niego działalności medyczną i pozamedyczną, np. zamówień publicznych, praw pacjenta, błędów medycznych, odpowiedzialności zawodowej, itp.
    14. Bieżąca współpraca, konsultacje osobiste na telefoniczne wezwanie Zamawiającego, w tym czynności obsługi brokerskiej przez dedykowane do obsługi Zamawiającego osoby niezwłocznie tj. identyfikacja i rozwiązanie zgłoszonego problemu, wyjaśnienia, ustalenia ścieżki postępowania, w tym czynności z udziałem ubezpieczyciela nie później niż 24 godziny od zgłoszenia przez Zamawiającego.
    15. Dyspozycyjność.
    16. Pozostałe czynności brokerskie wymagane dla należytej realizacji usług brokerskich w zakresie ubezpieczeń i obsługi Zamawiającego prowadzącego działalność w zakresie lecznictwa zamkniętego z oddziałami zabiegowymi.
    17. Sporządzanie miesięcznych raportów ubezpieczeniowych zawierających w szczególności informacje o: zapłaconych składkach ubezpieczeniowych, liczbie szkód, liczbie i wysokości uznanych roszczeń, wysokości odszkodowań.
    18. Zarządzanie i administrowanie programem ubezpieczeniowym, w tym:
        1. prowadzenie ewidencji zawartych umów ubezpieczenia,
        2. informowanie o terminach wznowień i terminach opłaty składek,
        3. przygotowywanie odnowień umów ubezpieczenia,
        4. przygotowywanie aneksów, rozszerzeń pokrycia, cesji polis.
    19. Kwartalne raportowanie: przebiegów szkodowych i ich ewaluacji na limity i programy prewencyjne na kolejne okresy ubezpieczeniowe.

**§ 4**

**Termin realizacji zamówienia**

Okres świadczenia usług brokerskich: **36 miesięcy.**

**§ 5**

**Minimalne warunki stawiane Wykonawcom dopuszczające do udziału w Konkursie**

W Konkursie mogą wziąć udział Wykonawcy, którzy spełniają poniższe warunki:

1. prowadzą działalność na podstawie zezwolenia właściwego organu nadzoru  
   na prowadzenie działalności brokerskiej oraz są wpisani do rejestru brokerów ubezpieczeniowych,
2. prowadzą nieprzerwaną działalność brokerską na polskim rynku ubezpieczeniowym  
   od minimum 5 lat,
3. posiadają polisę potwierdzającą ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia działalności brokerskiej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 18 maja 2018 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania działalności brokerskiej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1294),
4. dysponują odpowiednim potencjałem kadrowym, tzn. zatrudniają na podstawie umowy  
   o pracę co najmniej 6 osób posiadających uprawnienia do wykonywania czynności brokerskich (na dzień ogłoszenia Konkursu) - osoby legitymujące się zdanym egzaminem przed Komisją Egzaminacyjną dla Brokerów Ubezpieczeniowych,
5. w okresie ostatnich trzech lat (licząc do daty ogłoszenia Konkursu) samodzielnie przeprowadzili co najmniej 6 postępowań o udzielenie zamówienia publicznego (przetargów) na wybór ubezpieczyciela prowadzonych zgodnie z przepisami ustawy PZP dla podmiotów z sektora ochrony zdrowia.
6. zawarł co najmniej 6 umów ubezpieczenia z podmiotami z sektora ochrony zdrowia o świadczenie usług brokerskich w okresie ostatnich 3 lat,
7. posiadają w swojej strukturze komórkę organizacyjną zajmującą się likwidacją szkód majątkowych i osobowych,
8. posiadają aktywną aplikację on-line dotyczącą obsługi polis oraz szkód,
9. posiadają platformę dotyczącą rejestracji zdarzeń niepożądanych u Zamawiającego.

**§ 6**

**Dokumenty, które należy dołączyć do oferty**

1. Wypełniony Formularz ofertowy – zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik do niniejszego Regulaminu.
2. Ważne zezwolenie na prowadzenie działalności brokerskiej przez Wykonawcę wydane przez organ nadzoru.
3. Aktualny odpis z właściwego rejestru przedsiębiorców albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy od dnia ogłoszenia Konkursu.
4. Oświadczenie o prowadzeniu przez Wykonawcę działalności brokerskiej na polskim rynku ubezpieczeniowym nieprzerwanie od 3 lat przed upływem terminu składania ofert.
5. Polisa (polisy) odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia działalności brokerskiej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 18 maja 2018 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania działalności brokerskiej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1294).
6. Wykaz osób zatrudnionych u Wykonawcy na podstawie umowy o pracę, legitymujących się zdanym egzaminem przed Komisją Egzaminacyjną dla Brokerów Ubezpieczeniowych.
7. Wykaz samodzielnie przeprowadzonych postępowań o udzielenie zamówienia publicznego (przetargów) na wybór ubezpieczyciela na podstawie ustawy PZP, dla podmiotów z sektora ochrony zdrowia w ostatnich trzech latach (licząc do daty ogłoszenia Konkursu).
8. Wykaz zawartych umów z podmiotami z sektora ochrony zdrowia o świadczenie usług brokerskich w okresie ostatnich 3 lat.
9. Oświadczenie o posiadaniu komórki organizacyjnej zajmującej się likwidacją szkód majątkowych i osobowych.
10. Oświadczenie o posiadaniu aplikacji on-line dotyczącej obsługi polis oraz szkód.
11. Oświadczenie o posiadaniu platformy do rejestracji zdarzeń niepożądanych w podmiotach leczniczych.
12. Oświadczenie do reprezentowania (pełnomocnictwo), o ile wynika ono z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.

**§ 7**

**Opis przygotowania oferty**

1. Wykonawca w konkursie składa tylko jedną ofertę zgodnie z wymaganiami określonymi w niniejszym Regulaminie.
2. Oferta oraz wszystkie dołączone do niej dokumenty muszą być sporządzone w języku polskim, pismem maszynowym, w formie wydruku komputerowego lub inną trwałą i czytelną techniką.
3. Wszelkie dokumenty tworzące ofertę powinny być podpisane przez osobę uprawnioną reprezentującą Oferenta. Kopie załączonych dokumentów muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem” i podpisane przez osobę uprawnioną.
4. Upoważnienie do reprezentowania (pełnomocnictwo) powinno być złożone w oryginale  
   i podpisane zgodnie z zasadami reprezentacji Wykonawcy.
5. Wszystkie strony oferty oraz wymagane załączniki do oferty (oświadczenia i dokumenty) muszą być ponumerowane przez Wykonawcę.
6. Dokumenty powinny być złożone w kolejności według punktów zgodnie z § 6 niniejszego Regulaminu „Dokumenty, które należy załączyć do oferty”.
7. Oferta wraz z załącznikami powinna być zestawiona w sposób uniemożlwiający jej dekompletację.
8. Zamawiający może wezwać Wykonawcę do uzupełnienia brakującej dokumentacji.
9. Zamawiający dopuszcza możliwość zmiany lub wycofania złożonej oferty przez Oferenta przed upływem terminu składania ofert, poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o wycofaniu lub zmianie oferty.
10. Wykonawca nie może dokonać zmiany oferty po upływie terminu jej składania.
11. Wszelkie poprawki lub zmiany w tekście oferty muszą być parafowane i datowane własnoręcznie przez osobę podpisującą ofertę.
12. Wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty ponosi Wykonawca.
13. Wykonawca jest związany złożoną ofertą przez 60 dni od upływu terminu do składania ofert.
14. W przypadku, gdy oferta, oświadczenia lub dokumenty będą zawierały informacje, stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, Wykonawca powinien, nie później niż w terminie składania ofert, w sposób nie budzący wątpliwości zastrzec, które informacje z Oferty stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.

**§ 8**

**Miejsce oraz termin składania i otwarcia ofert**

1. Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie w Sekretariacie Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu, ul. 24 kwietnia 5, 47-200 Kędzierzyn-Koźle  
   – w terminie do dnia 13 stycznia 2022 r. do godz. 11.00.
2. Kopertę należy zaadresować i opisać w następujący sposób:

|  |
| --- |
| **Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej**  **w Kędzierzynie-Koźlu**  **ul. 24 kwietnia 5**  **47-200 Kędzierzyn-Koźle**  **OFERTA**  **na: „Konkurs na wybór brokera ubezpieczeniowego dla Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu”.**  **Nie otwierać przed dniem 13 stycznia 2022 r. do godz. 11.00.** |

1. Otwarcie ofert nastąpi w dniu 13 stycznia 2022 r. o godz. 11.15 w siedzibie Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu – sekretariat dyrekcji. Otwarcie ofert nie jest jawne.
2. Konsekwencje złożenia oferty niezgodnie z zaleceniami Zamawiającego obciążają Wykonawcę.

**§ 9**

**Opis sposobu wyboru najkorzystniejszej oferty**

1. Komisja dokona oceny ofert, spełniania warunków formalnych przez Wykonawców oraz wyboru Wykonawcy.
2. Oferty niespełniające wymagań określonych w niniejszym Regulaminie zostaną uznane za nieważne i odrzucone.
3. Prowadzone postępowanie jest jawne jednak Komisja będzie wykonywała swoje czynności na posiedzeniach zamkniętych.
4. W toku badania złożonych ofert Komisja może żądać udzielania wyjaśnień, co do treści złożonej oferty.
5. Oferty, które będą spełniały warunki określone w niniejszym Regulaminie oraz ogłoszonym Konkursie będą poddane ocenie wg kryteriów ustalonych w formularzu ofertowym.
6. Wybór najkorzystniejszej oferty odbędzie się w dwóch etapach:
7. Etap I przeprowadzony przez Komisję polega na ocenie ofert i ich sklasyfikowaniu według ilości uzyskanych punktów na podstawie złożonego przez Wykonawcę formularza ofertowego,
8. Etap II przeprowadzany będzie w formie prezentacji Wykonawców przed Komisją.
9. Każdy Wykonawca może uzyskać maksymalnie 50 punktów w I Etapie i maksymalnie   
   50 punktów w II Etapie Konkursu.
10. W przypadku, gdy w Etapie I liczba ofert sklasyfikowanych przekroczy 10, Komisja ograniczy liczbę uczestników Etapu II do 5 Wykonawców, do tych którzy uzyskali największą liczbę punktów w Etapie I.
11. Po zakończeniu Etapu II Komisja dokonuje wyboru Brokera spośród uczestników Etapu II Konkursu, z uwzględnieniem wyników obydwu etapów.
12. Zamawiającemu przysługuje prawo swobodnego wyboru oferty, jeżeli uczestnicy Konkursu uzyskali tę samą liczbę punktów.
13. Wybór oferty dokonanej przez Komisję ostatecznie zatwierdza Dyrektor SP ZOZ.
14. Konkurs jest ważny, gdy wpłynie tylko jedna oferta spełniająca wymagania niniejszego Regulaminu i Ogłoszenia.
15. Z posiedzeń Komisji będzie sporządzony protokół.

**§ 10**

**Etapy Konkursu i kryteria wyboru oferty**

1. ETAP I:

Opis kryteriów, którymi Komisja będzie się kierowała przy wyborze oferty wraz z podaniem punktacji dla każdego z kryterium:

1) **Polisa ubezpieczeniowa** - suma gwarancyjna w ramach ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, z tytułu prowadzenia działalności brokerskiej od wszystkich zdarzeń:

1. 1 924 560,00 euro – 1 pkt
2. od 1 924 560,01 do 4 mln euro – 5 pkt
3. powyżej 5 mln euro – 10 pkt

2) **Doświadczenie**  – okres prowadzenia działalności brokerskiej:

1. co najmniej 5 lat – 1 pkt
2. 6 - 10 lat – 5 pkt
3. 11 lat i więcej – 10 pkt

3) **Kadra** – liczba zatrudnionych pracowników posiadających zdany egzamin brokerski:

1. co najmniej 6 brokerów – 1 pkt
2. od 7 do 14 brokerów – 5 pkt
3. 15 brokerów i więcej – 10 pkt

4) Ilość samodzielnie przeprowadzonych postępowań (przetargów) na wybór ubezpieczyciela, dla podmiotów z sektora ochrony zdrowia zgodnie z ustawą PZP w ostatnich trzech latach (licząc od daty ogłoszenia Konkursu):

1. co najmniej 6 postepowań – 1 pkt
2. 7 -14 postępowań – 5 pkt
3. 15 postępowań i więcej – 10 pkt

5) Liczba zawartych umów z podmiotami z sektora ochrony zdrowia o świadczenie usług brokerskich w okresie ostatnich 3 lat.

1. co najmniej 6 umów – 1 pkt
2. 7 –14 umów – 5 pkt
3. 15 i więcej umów – 10 pkt
4. ETAP II:
5. Do Etapu II zostanie zakwalifikowanych 5 Wykonawców z największą ilością punktów. Wykonawcy zakwalifikowani do Etapu II, zostaną zaproszeni do przedstawienia prezentacji składającej się z koncepcji obsługi brokerskiej oraz koncepcji zarządzania ryzykiem medycznym na rzecz Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu, tj.:

* Koncepcji programu ubezpieczeniowego (ubezpieczenie OC, majątkowe, komunikacyjne) na kolejny okres ubezpieczeniowy w tym propozycja w zakresie racjonalizacji składki zdrowotnej – max 4 strony. Ocena punktowa zostanie przyznana przez komisję konkursową na podstawie zawartości merytorycznej przedłożonej koncepcji. Komisja przyzna od 0-10 pkt.
* Koncepcji współpracy w zakresie bieżącej obsługi ubezpieczeniowej, wraz z przedstawieniem procedur oraz opisem organizacji i struktury zespołu dedykowanego do obsługi Szpitala – max 4 strony. Ocena punktowa zostanie przyznana przez komisję konkursową na podstawie zawartości merytorycznej przedłożonej koncepcji. Komisja przyzna od 0-10 pkt.
* Koncepcji procesu likwidacji szkód – wprowadzenie procesów likwidacji szkód, kontrola nad prowadzonymi postępowaniami likwidacyjnymi, monitoring, prowadzony nadzór w tym organizacja obiegu dokumentów zdarzeń, propozycja terminów, schematów działania, procesy raportowania przy pomocy narzędzi teleinformatycznych – max 4 strony. Ocena punktowa zostanie przyznana przez komisję konkursową na podstawie zawartości merytorycznej przedłożonej koncepcji. Komisja przyzna od 0-10 pkt.
* Koncepcji zarządzania ryzykiem (szpitalnym) w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu – max 4 strony. Ocena punktowa zostanie przyznana przez komisję konkursową na podstawie zawartości merytorycznej przedłożonej koncepcji. Komisja przyzna od 0-10 pkt.
* Dodatkowych możliwości takich jak zakres szkoleń z zakresu potencjalnych ryzyk w obszarze działalności medycznej i pozamedycznej, koncepcje dodatkowych usług i działań prewencyjnych. Ocena punktowa zostanie przyznana przez komisję konkursową na podstawie zawartości merytorycznej przedłożonej koncepcji - – max 4 strony. Komisja przyzna od 0-10 pkt.

2) Maksymalny czas przewidziany na prezentację jednej firmy wynosić będzie 45 min.

3) Komisja Oceni poszczególnych oferentów w II Etapie Konkursu przyznając maksymalnie do  
50 punktów za przedstawione Koncepcje.

4) Wykonawca będzie mógł zgromadzić w Etapie I i Etapie II łącznie 100 punktów.

**§ 11**

**Informacja o zawartych umowach ubezpieczenia**

1. Ubezpieczenie pojazdów do 12-08-2022r.
2. Ubezpieczenie majątkowe do 31-03-2022r.
3. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej do 31-03-2023r. (umowa w załączeniu)
4. Wybrany Wykonawca będzie zobowiązany do przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na w/w ubezpieczenia zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych w terminie zapewniającym ciągłość ubezpieczenia.

**§ 12**

**Postanowienia końcowe**

1. Zamawiający podejmie współpracę z Wykonawcą, który uzyska łącznie w dwóch Etapach konkursu największą ilość punktów.
2. Zamawiający zastrzega sobie prawo do:

1) dokonania zmiany warunków Konkursu, jednak nie później niż przed upływem terminu składania ofert, z możliwością jednoczesnego przedłużenia terminu,

2) unieważnienia lub odstąpienia od przeprowadzenia Konkursu bez podania przyczyny  
w każdym terminie.

1. Zamawiający jednocześnie informuje, że:
2. nie będzie udzielał Brokerom szczegółowych, innych niż ogólnie dostępne informacje, związane z funkcjonowaniem i działalnością Zamawiającego,
3. oferta nie spełniająca warunków wymaganych w niniejszym Regulaminie zostanie odrzucona,
4. z tytułu odrzucenia oferty nie przysługują Brokerowi żadne roszczenia,
5. nie zwraca Brokerowi dokumentów przedłożonych w ramach niniejszego Konkursu.
6. O wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający zawiadomi wszystkich Wykonawców biorących udział w Konkursie.
7. Wszelkie pytania dotyczące postępowania konkursowego należy kierować pisemnie na adres Zamawiającego lub adres mailowy: llitwinowicz@e-szpital.eu nie później niż na 2 dni przed upływem terminu składania ofert.
8. Projektowane postanowienia umowy zawiera załącznik nr 5 do niniejszego Regulaminu.
9. Formularz ofertowy stanowi załącznik do niniejszego Regulaminu.

Załączniki do regulaminu:

1. Załącznik nr 1 - Formularz ofertowy
2. Załącznik nr 2 – Wykaz osób/brokerów
3. Załącznik nr 3 – Wykaz prowadzonych postępowań
4. Załącznik nr 4 – Wykaz umów z podmiotami leczniczymi
5. Załącznik nr 5 - Projektowane postanowienia umowy
6. Załącznik nr 6 – Umowa ubezpieczenia OC

Załącznik nr 1

……………………………..

pieczęć Wykonawcy

**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej**

**w Kędzierzynie-Koźlu**

**ul. 24 Kwietnia 5**

**47-200 Kędzierzyn-Koźle**

**„OFERTA”**

**na wybór brokera ubezpieczeniowego**

**dla Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu**

**Nazwa Wykonawcy**: ……………………………………………………………………………………..………………………….…………………………

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

**Adres:** …………………………………………………………………………………………………………………………..………

**NIP:** …………………………………………, **REGON:** ………………………………….. **KRS:** ………………………………

**E-mail**: …………………….…………………………………………………………………………………………………………..,

**Osoba do kontaktów:**  ………………………………………………………tel. …………………….…………………..

Jako Broker wyrażam chęć uczestnictwa w Konkursie na wybór brokera ubezpieczeniowego dla Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu, świadczącego usługi pośrednictwa ubezpieczeniowego zgodnie z ustawą o pośrednictwie ubezpieczeniowym, przeprowadzonego w terminach i na warunkach określonych w Regulaminie Konkursu.

Oświadczamy, że

|  |  |
| --- | --- |
| Prowadzę działalność na podstawie zezwolenia właściwego organu nadzoru na prowadzenie działalności brokerskiej oraz jestem wpisany do rejestru brokerów ubezpieczeniowych | Tak / Nie\* |
| Prowadzę nieprzerwaną działalność brokerską na polskim rynku ubezpieczeniowym od minimum 3 lat | ................. lat  (podać liczbę lat) |
| Posiadam polisę potwierdzającą ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia działalności brokerskiej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 18 maja 2018 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania działalności brokerskiej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1294) | .................. euro  (podać wartość polisy) |
| Dysponuję odpowiednim potencjałem kadrowym, tzn. zatrudniam na podstawie umowy o pracę co najmniej 5 osób posiadających uprawnienia do wykonywania czynności brokerskich - osoby legitymujące się zdanym egzaminem przed Komisją Egzaminacyjną dla Brokerów Ubezpieczeniowych | .................. brokerów  (podać liczbę zatrudnionych brokerów) |
| W okresie ostatnich trzech latach samodzielnie przeprowadziłem co najmniej 5 postępowań o udzielenie zamówienia publicznego (przetargów) na wybór ubezpieczyciela prowadzonych zgodnie z przepisami ustawy PZP dla podmiotów leczniczych | ….…...............  Liczba postępowań |
| Zawarłem co najmniej 2 umowy ubezpieczenia z podmiotami z sektora ochrony zdrowia o świadczenie usług brokerskich w okresie ostatnich 3 lat | ….…......................  Liczba zawartych umów |
| Posiadam w swojej strukturze komórkę organizacyjną zajmującą się likwidacją szkód majątkowych i osobowych | Tak / Nie\* |
| Posiadam aktywną aplikację on-line dotyczącą obsługi polis oraz szkód | Tak / Nie\* |
| Posiadam platformę dotyczącą rejestracji zdarzeń niepożądanych w podmiotach leczniczych | Tak / Nie\* |

\*zaznaczyć odpowiednie

1. Ponadto oświadczam(y), że:

* zapoznaliśmy się ze szczegółowymi warunkami Konkursu zawartymi w Regulaminie Konkursu i przyjmujemy je bez zastrzeżeń;
* dysponujemy niezbędną wiedzą i doświadczeniem, a także potencjałem kadrowym, ekonomicznym i technicznym do wykonania zamówienia;
* posiadamy wszystkie informacje niezbędne do zgłoszenia się do Konkursu i wykonania usługi w określonym czasie;
* jesteśmy związani zgłoszeniem przez okres 60 dni od daty upływu terminu zgłoszenia do Konkursu;
* w przypadku wyboru złożonego przez nas zgłoszenia zobowiązujemy się do podpisania umowy zlecenia serwisu brokerskiego, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;
* wszystkie informacje i oświadczenia zamieszczone w zgłoszeniu oraz załącznikach są kompletne i prawdziwe.

1. Załącznikami do niniejszego zgłoszenia, stanowiącymi jej integralną część, są:

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

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

(Miejscowość, data) (podpis Wykonawcy/Brokera)

**Załącznik 2**

…………………….

(pieczęć firmowa)

**WYKAZ OSÓB / BROKERÓW**

Działając w imieniu i na rzecz :

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

(pełna nazwa Wykonawcy)

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

(adres siedziby Wykonawcy)

w odpowiedzi na ogłoszenie o Konkursie na: „**Wybór brokera ubezpieczeniowego dla Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu”**

przedkładamy wykaz zatrudnionych osób na podstawie umowy o pracę, legitymujących się zdanym egzaminem przed Komisją Egzaminacyjną dla Brokerów Ubezpieczeniowych.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko Brokera | Numer uprawnień |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*Miejscowość, data* ……………………

…………………………………………..

Podpis Wykonawcy/Brokera

**Załącznik 3**

…………………….

(pieczęć firmowa)

**WYKAZ**

**PROWADZONYCH POSTĘPOWAŃ PRZETARGOWYCH NA WYBÓR UBEZPIECZYCIELA**

**NA PODSTAWIE USTAWY UZP**

Wykaz co najmniej pięciu samodzielnie przeprowadzonych postępowaniach o udzielenie zamówienia publicznego (przetargów) na wybór ubezpieczyciela na podstawie ustawy PZP, dla podmiotów z sektora ochrony zdrowia w ostatnich trzech latach (licząc do daty ogłoszenia Konkursu).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa i siedziba podmiotu z sektora ochrony zdrowia | Data ogłoszenia postępowania, tryb przeprowadzenia, dane publikatora (BZP, BIP) | Data zawarcia umowy ubezpieczenia | Uwagi |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Miejscowość, data* ……………………

…………………………………………..

Podpis Wykonawcy/Brokera

**Załącznik 4**

…………………….

(pieczęć firmowa)

**WYKAZ**

**ZAWARTYCH UMÓW Z PODMIOTAMI Z SEKTORA OCHORNY ZDROWIA**

Wykaz co najmniej 2 zawartych umów z podmiotami z sektora ochrony zdrowia o świadczenie usług brokerskich w okresie ostatnich 3 lat.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa i siedziba podmiotu z sektora ochrony zdrowia | Data zawarcia umowy ubezpieczenia | Uwagi |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*Miejscowość, data* ……………………

…………………………………………..

Podpis Wykonawcy/Brokera

**Załącznik 5**

**Projektowane postanowienia umowy**

zawarta dnia ………20..r. w Kędzierzynie-Koźlu pomiędzy:

**Samodzielnym Publicznym Zespołem Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Kędzierzynie-Koźlu** 47-200, ul. 24 Kwietnia 5, zarejestrowanym przez Sąd Rejonowy, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego w Opolu, pod numerem KRS 0000004757, posiadającym NIP 749-179-03-04, Regon 000314661,

zwanym dalej **Zamawiającym**, reprezentowanym przez: ………………………………………………

a

.................................... – brokerem ubezpieczeniowym z siedzibą w …………………………………… przy ul. ……………………………………., posiadającym zezwolenie…………………………………………………. z dnia………………………., nr…………………., prowadzącym działalność gospodarczą na podstawie ……………………………………… z dnia……………………….., wydanego przez………………… NIP:……… …………….…, REGON:……………… ……….

zwanym w dalszej części umowy **„Brokerem”**,

reprezentowanym przez:

…………………………………………………………………………………..

**§ 1**

**PRZEDMIOT UMOWY**

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest realizacja przez Brokera na rzecz Zamawiającego nieodpłatnych usług brokerskich zgodnie z ustawą z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (Dz. U. z 2019, poz. 1881) oraz pozostałych czynności brokerskich związanych z obsługą ubezpieczeń na rzecz Zamawiającego określonych niniejsza Umową.
2. Zakres usług realizowanych przez brokera ubezpieczeniowego na rzecz Zamawiającego obejmować będzie wszystkie czynności z zakresu obsługi brokerskiej Podmiotu leczniczego, a w szczególności obejmujące:
3. identyfikację ryzyk ubezpieczeniowych, związanych z działalnością medyczną i pozamedyczną Zamawiającego, w tym posiadanego mienia,
4. analizę aktualnie posiadanego ubezpieczenia OC i majątkowego oraz opracowanie i wdrożenie programu ubezpieczeniowego dostosowanego do rzeczywistych potrzeb i właściwości Zamawiającego, uwzględniającego przede wszystkim:
   * + 1. analizę ryzyka ubezpieczeniowego występującego w związku z funkcjonowaniem Zamawiającego oraz prowadzoną działalnością, medyczną i pozamedyczną, w tym zagrożeń w tym zakresie,
       2. aktualizację ryzyk, ich bieżący monitoring, w tym wskazanie katalogu ryzyk, które należy ubezpieczyć obligatoryjnie, a które fakultatywnie
       3. wybór formy i systemu ubezpieczenia,
       4. określenie sum bądź limitów ubezpieczenia dla uzyskania właściwej ochrony ubezpieczeniowej dla wskazanych ryzyk,
       5. racjonalizację składki ubezpieczeniowej dla Zamawiającego,
       6. zabezpieczenie możliwie najszerszego pokrycia ochroną ubezpieczeniową, wszystkich zakresów i przedmiotów działalności Zamawiającego,
5. optymalizację kosztów związanych z zawieraniem umów ubezpieczenia przez Zamawiającego, zmierzającej do redukcji wydatków na ubezpieczenie, zmniejszenie składek przy możliwie najbardziej korzystnym dla Zamawiającego programie ubezpieczeniowym
6. podjęcie działań zmierzających do minimalizacji ryzyka wystąpienia roszczeń na skutek błędów medycznych, oraz zmniejszenia szkodowości w zakresie OC i ubezpieczeniach majątkowych,
7. czynną pomoc w obliczaniu wartości i ilości majątku przewidzianego do ubezpieczenia i jego bieżąca aktualizacja
8. opracowanie i przygotowanie kompletnej dokumentacji, niezbędnej do przeprowadzenia w szczególności postępowania o udzielenie zamówienia publicznego Zgodnie z ustawą - Prawo zamówień publicznych na wybór ubezpieczyciela, przeprowadzenie procedur wyboru zakładu ubezpieczeń, przeprowadzenia negocjacji z ubezpieczycielami biorącymi udział w postępowaniu (jeżeli były przewidziane) oraz opracowanie i przygotowanie wszelkich dokumentów niezbędnych do wyłonienia ubezpieczyciela; w celu zawarcia umów ubezpieczeniowych,
9. przeprowadzenie postępowania przetargowego na wybór ubezpieczycieli zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych.
10. nadzór nad bieżącą obsługą ubezpieczeń, w tym dokonywanie wymaganych przez ubezpieczycieli zgłoszeń do ubezpieczeń w imieniu Zamawiającego oraz analiza rynku ubezpieczeniowego pod kątem poszczególnych produktów ubezpieczeniowych i ich ewentualnego zastosowania,
11. kompleksową obsługę procesu likwidacji szkód, w tym przyjmowanie zgłoszeń o zaistniałej szkodzie (pomoc w kompletowaniu niezbędnych dokumentów, prowadzenie negocjacji z ubezpieczycielem), ocena pokrycia danej szkody ochroną, korespondencja ze zgłaszającym szkody, zgłoszenie szkody do odpowiedniego zakładu ubezpieczeń, przygotowywanie propozycji rozwiązań w sytuacjach spornych, kontrola działania likwidacji szkód, monitorowanie szkodowości przypisanej do poszczególnych polis, weryfikacja decyzji odszkodowawczych i monitoring terminowości realizacji wypłat odszkodowań przez zakład ubezpieczeń, redagowanie odwołań od decyzji odmownych zakładu ubezpieczeń w sprawach szkód, udział w ewentualnym sporze z zakładem ubezpieczeń; sprawozdawczość miesięczna lub kwartalna z zakresu szkodowości Zamawiającego,
12. prowadzenie dedykowanego dla Zamawiającego działu likwidacji szkód,
13. przekazywanie informacji o zakończeniu czasu trwania poszczególnych umów ubezpieczenia (na 3 miesiące przed ekspiracją polis);
14. sprawdzenie poprawności wystawionych przez ubezpieczyciela polis; monitorowanie wykorzystania sum gwarancyjnych w poszczególnych ubezpieczeniach OC i majątkowych, doubezpieczenia lub zmiany w umowach ubezpieczeniowych związanych ze zmianami stanu majątku, oraz ryzyka w okresie objętym polisą ubezpieczeniową,
15. bezpłatne usługi szkoleniowe, seminaryjne i edukacyjne dla pracowników Zamawiającego z zakresu procedur likwidacji szkód i technik obsługi ubezpieczeniowej; oraz szkoleń w zakresie wnioskowanym przez Zamawiającego, a związanych z prowadzoną przez niego działalności medyczną i pozamedyczną, np. zamówień publicznych, praw pacjenta, błędów medycznych , odpowiedzialności zawodowej, itp.
16. bieżąca współpraca, konsultacje osobiste na telefoniczne wezwanie Zamawiającego, w tym czynności obsługi brokerskiej przez dedykowane do obsługi Zamawiającego osoby niezwłocznie tj. identyfikacja i rozwiązanie zgłoszonego problemu, wyjaśnienia, ustalenia ścieżki postępowania, w tym czynności z udziałem ubezpieczyciela nie później niż 24 godziny od zgłoszenia przez Zamawiającego,
17. dyspozycyjność
18. pozostałe czynności brokerskie wymagane dla należytej realizacji usług brokerskich w zakresie ubezpieczeń i obsługi Zamawiającego prowadzącego działalność w zakresie lecznictwa zamkniętego z oddziałami zabiegowymi,
19. sporządzanie miesięcznych raportów ubezpieczeniowych zawierających w szczególności informacje o: zapłaconych składkach ubezpieczeniowych, liczbie szkód, liczbie i wysokości uznanych roszczeń, wysokości odszkodowań;
20. zarządzanie i administrowanie programem ubezpieczeniowym, w tym:
    * + 1. prowadzenie ewidencji zawartych umów ubezpieczenia,
        2. informowanie o terminach wznowień i terminach opłaty składek,
        3. przygotowywanie odnowień umów ubezpieczenia,
        4. przygotowywanie aneksów, rozszerzeń pokrycia, cesji polis;
21. kwartalne raportowanie: przebiegów szkodowych i ich ewaluacji na limity i programy prewencyjne na kolejne okresy ubezpieczeniowe,

**§ 2**

**OBOWIĄZKI STRON**

1. Broker zobowiązuje się do wykonywania usług objętych Umową z należytą starannością, z uwzględnieniem profesjonalnego charakteru prowadzonej przez niego działalności.
2. Kierując się charakterem usług wynikających z Umowy, Zamawiający udziela Brokerowi pełnomocnictwa dla wykonywania czynności objętych Umową według wzoru stanowiącego Załącznik nr 1 do niniejszej Umowy.
3. Zamawiający zobowiązuje się do współpracy i współdziałania z Brokerem, w celu należytego wykonania Umowy, a w szczególności do:
4. udostępnienia Brokerowi wszelkiej korespondencji pomiędzy Zamawiającym a zakładami ubezpieczeń,
5. udostępnienia Brokerowi wszelkich niezbędnych informacji dotyczących przedmiotu i zakresu ubezpieczenia, w tym wypełniania kwestionariuszy i ankiet oceny ryzyka, oraz przekazywania innych danych niezbędnych do wykonania Umowy; Broker każdorazowo określi zakres i termin przekazania informacji niezbędnych do zawarcia danego rodzaju ubezpieczeń a Zamawiającym zobowiązuje się terminowo odpowiadać na zapytania Brokera.
6. Zamawiający zobowiązuje się do zgłaszania Brokerowi faktów mających wpływ na ryzyko objęte ubezpieczeniem, w szczególności polegających na:
7. nabyciu, połączeniu lub przejęciu innego przedsiębiorstwa,
8. zakupie lub zbyciu majątku, który jest lub ma być objęty ubezpieczeniem,
9. wzroście wartości majątku objętego ubezpieczeniem,
10. rozpoczęciu albo zaprzestaniu określonej działalności przez Zamawiającego.
11. Zamawiający zobowiązuje się do niezwłocznego informowania Brokera o wszelkich wypadkach mogących rodzić odpowiedzialność Podmiotu leczniczego za szkody powstałe w związku z tymi wypadkami oraz do niezwłocznego zawiadomienia Brokera o szkodach na osobach lub mieniu objętym umowami ubezpieczenia.
12. Zamawiający zobowiązuje się do terminowego opłacania składek ubezpieczeniowych na rzecz Ubezpieczyciela.

**§ 3**

**POUFNOŚĆ DANYCH**

1. Każda ze Stron zobowiązana jest do zachowania w tajemnicy wszystkich okoliczności, informacji i danych dotyczących drugiej Strony, o których dowiedziała się w związku z wykonywaniem lub przy okazji wykonywania niniejszej Umowy (obowiązek zachowania tajemnicy), chyba że obowiązek ich ujawnienia wynika z powszechnie obowiązujących przepisów prawa lub druga Strona zwolni ją z tego obowiązku na piśmie pod rygorem nieważności.
2. Obowiązek zachowania tajemnicy nie obejmuje okoliczności, informacji i danych, których przekazanie osobom trzecim jest elementem wykonania usług objętych Umową, w szczególności przekazywania przez Brokera okoliczności, informacji i danych dotyczących Zamawiającego zakładom ubezpieczeń i brokerom reasekuracyjnym.
3. Zamawiający zobowiązuje się wykorzystywać dokumenty sporządzone przez Brokera tylko w celu, w jakim zostały sporządzone i w okresie trwania umowy oraz nie ujawniać ich treści osobom niepowołanym (w szczególności innym brokerom) również po rozwiązaniu niniejszej umowy.
4. Obowiązek zachowania tajemnicy nie jest ograniczony w czasie i obowiązuje nadal po rozwiązaniu lub wygaśnięciu Umowy.
5. Broker oświadcza, że wszelkie dane osobowe uzyskane w związku z realizacją umowy będą przetwarzane zgodnie z Ustawą z dnia 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781) oraz RODO.

**§ 4**

**ODPOWIEDZIALNOŚĆ STRON**

1. Broker ponosi odpowiedzialność za wszelkie szkody, w tym straty poniesione przez Zamawiającego leczniczy i powstałe na skutek niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków Brokera objętych przedmiotem niniejszej Umowy, chyba, że wykaże, iż szkoda nastąpiła z winy Zamawiającego.
2. Broker nie ponosi odpowiedzialności za umowy zawarte bez jego pośrednictwa.

**§ 5**

**OŚWIADCZENIA BROKERA**

1. Broker oświadcza, że posiada uprawnienia brokera ubezpieczeniowego i jest uprawniony do wykonywania usług objętych Umową na podstawie zezwolenia na wykonywanie działalności brokerskiej wydanego przez Komisję Nadzoru Finansowego numer ………………………………….
2. Broker oświadcza ,iż dysponuje potencjałem osobowym i technicznym do należytego wykonania przedmiotu niniejszej umowy. Za działania osób przy pomocy których Broker wykonuje obowiązki objęte przedmiotem Umowy, odpowiada jak za własne działania.
3. Broker oświadcza, że jest objęty ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej, tj. posiada polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania działalności brokerskiej z sumą gwarancyjną …………………. na jedno zdarzenie i ………………. na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia.

**§ 6**

**WYNAGRODZENIE**

1. Za wykonywanie usług objętych Umową Zamawiający nie jest zobowiązany do zapłaty Brokerowi wynagrodzenia.
2. Wynagrodzeniem dla Brokera będzie kurtaż wypłacany przez Ubezpieczycieli bezpośrednio Brokerowi po opłaceniu składki przez Ubezpieczającego.
3. Zamawiający nie będzie ponosił odpowiedzialności z tytułu niewypłacenia lub opóźnień w wypłacie wynagrodzenia przez zakład/y ubezpieczeń, z którym/mi zostaną zawarte umowy ubezpieczenia.

**§ 7**

**TERMIN OBOWIĄZYWANIA UMOWY**

Umowa została zawarta na okres **36 miesięcy, tj. od dnia …….... do dnia ……...**

**§ 8**

**OSOBY DO KONTAKT**

W sprawach dotyczących realizacji umowy na osobę do kontaktu:

1. ze strony Zamawiającego wyznacza się: P. ......................; tel.: .................................,

e-mail:...........................;

1. ze strony Wykonawcy wyznacza się: P............................. tel.: ……………………………........,

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

**§ 9**

**POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego oraz właściwe przepisy szczególne w tym przepisy Ustawy z dnia 15. 12. 2017r. o dystrybucji ubezpieczeń oraz inne obowiązujące przepisy prawa.
2. Każdej ze stron przysługuje prawo rozwiązania umowy bez podania przyczyny  
   z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia. Wypowiedzenie wymaga formy pisemnej.
3. W przypadku istotnego naruszenia umowy przez którąkolwiek ze stron drugiej stronie przysługuje prawo wypowiedzenia umowy w trybie natychmiastowym.
4. Z chwilą upływu okresu wypowiedzenia Broker zwraca Zamawiającemu dokument udzielonego na czas trwania umowy pełnomocnictwa, które wygasa.
5. Umowa niniejsza ulega natychmiastowemu rozwiązaniu z chwilą wypowiedzenia pełnomocnictwa stanowiącego załącznik do niniejszej umowy.
6. Strony mogą rozwiązać niniejsza umowę w każdym czasie za porozumieniem stron.
7. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
8. Wszelkie prawa i wierzytelności Brokera powstałe w związku z realizacją niniejszej Umowy, nie mogą być przeniesione na podmiot trzeci bez zgody Zamawiającego.
9. Wszelkie spory mogące wyniknąć w związku z umową będą rozstrzygane przez sądy właściwe dla siedziby Zamawiającego.
10. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, jeden dla Zamawiającego i jeden dla Brokera.

**Z A M A W I A J Ą C Y W Y K O N A W C A**

Załącznikami do Umowy są:

1. Załącznik nr 1 – Pełnomocnictwo
2. Oferta Brokera z dnia………………

Załącznik nr 1 do Umowy na realizację usług brokerskich nr …….. z dnia .........

**PEŁNOMOCNICTWO**

**Samodzielnym Publicznym Zespołem Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Kędzierzynie-Koźlu** 47-200, ul. 24 Kwietnia 5, zarejestrowanym przez Sąd Rejonowy, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego w Opolu, pod numerem KRS 0000004757, posiadającym NIP 749-179-03-04, Regon 000314661,

zwanym dalej **Zamawiającym/Mocodawcą**, reprezentowanym przez: ……………………………………

udziela pełnomocnictwa brokerowi ubezpieczeniowemu:

……………………………………………………………………………………………………………………KRS ………………………………, działającemu na podstawie zezwolenia Komisji Nadzoru Finansowego nr …………………….………………….

do wykonywania czynności brokerskich na rzecz i w imieniu Mocodawcy zgodnie z Ustawą z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (Dz. U z 2019 r. poz. 1881.,) a to do reprezentowania Mocodawcy w zakresie zawierania, rozwiązywania i czynności związanych z bieżącym wykonywaniem umów ubezpieczenia dla ubezpieczeń ……………………………,w tym również do pośredniczenia w likwidacji szkód ubezpieczeniowych.

Pełnomocnictwo zostaje udzielone na wyłączność i na czas trwania umowy, będącej podstawą niniejszego pełnomocnictwa.

Pełnomocnictwo to może zostać odwołane w każdym czasie zgodnie z obowiązującymi przepisami. Pełnomocnik zobowiązany jest, w trakcie wykonywania czynności do przestrzegania powszechnie obowiązujących przepisów prawa oraz stosowania się do zaleceń Mocodawcy.

Niniejsze pełnomocnictwo nie uprawnia do udzielania dalszych pełnomocnictw.

..........................., dnia ............... ……………………………………………………….

( pieczątka i podpis MOCODAWCY )