**合川区人民医院关于紧急采购医疗责任险及公众责任险的公告**

重庆市合川区人民医院为满足业务发展需求，经院内审批同意，拟紧急采购医疗责任险及公众责任险，欢迎有资格的供应商积极参加，相关具体要求如下：

**一、项目名称 医疗责任险及公众责任商业保险**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **期限** | **最高限价**  **（万元）** | **备注** |
| 1 | 医疗责任保险及公众责任商业保险 | 6个月 | 45 |  |

**二、供应商要求**

（一）一般资格条件

1.具有独立承担民事责任的能力；

2.具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

3.具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；

4.有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

5.参加政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

6.法律、行政法规规定的其他条件。

（二）特定资格条件（注：因保险经营行业特殊情况，允许保险公司支公司及以上的保险机构投标，本招标文件所称法定代表人可为营业执照标注的“负责人”）

1、投标人具有中华人民共和国经营保险业务许可证，且业务范围须包括“责任保险”。

2、本项目接受保险公司支公司及以上的保险机构投标。

3、参加竞标的保险公司必须在合川辖区内设有分公司或支公司，提供分支机构营业执照。

（三）本项目不接受联合体投标。

**三、报价要求**

谈判地点：重庆市合川区人民医院行政楼一楼招标办（重庆市合川区南津街希尔安大道1366号）

谈判报名时间：2021年12月13日北京时间9:00-9：30

谈判开始时间：2021年12月13日北京时间9：30。

经评审符合要求的最低报价供应商中标。

联系电话：招标咨询：尹老师 023-42827145

项目咨询：徐老师 19112757779

**四、项目参数**

（一）保险险种：医疗责任险及附加险

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 险种 | | 责任范围 |
| 主险 | 医疗责任险 | 在诊疗活动中因执业过失导致患者人身损害（含精神损害）以及因此发生的法律费用等。 |
| 附加险 | 公众责任保险 | 在医疗机构场所内，发生保险事故导致第三者（含患者）的人身伤害或财产损失，以及因此发生的法律费用等。 |

1、保险责任范围

2、保险责任认定方式

一是经医、患双方协商，二是经医疗纠纷调解委员会或卫生行政主管部门调解， 三是经仲裁机构仲裁，四是经人民法院裁决。前述任何一种方式的处理结论，均作为保险人的理赔依据。

3、保险责任限额与免赔额

责任限额包括医疗责任每人责任限额、医疗责任累计责任限额。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 主险 | 医疗责任险 | 累计赔偿限额  （每年） | 每人每次限额  （不分项） |
| 200万元 | 40万元 |
| 附加险 | 公众责任险 | 累计赔偿限额  （每年） | 每人每次限额  （不分项） |
| 200万元 | 40万元 |

免赔率：保险每次事故免赔率为3%，或者不计免赔率。

（二）保险期间承保基础、追溯期、延长报告期

1、保险期间承保基础

本保险的保险期间为6月，保险的承保基础为期内索赔制，即以索赔发生日期为依据确定保单是否负责赔偿。受害人向被保险人提出索赔的时间须发生在保险期间内，而受害人遭受损害的事故可以发生在保险期间内，也可以发生在保险期间之前（追溯期内）。

2、追溯期

追溯期是自保单生效日向前追溯的期间，本保险设定追溯期，并规定如下：首次投保设追溯期为1年，第二年续保，追溯期为2年，第三年续保追溯期为3年。以此类推，保险责任追溯期最高不超过5年。

3、延长报告

本保险设置延长报告期。保险合同到期后，若投保人未续保，被保险人将免费获得3年的延长报告期。对于发生在原保单约定的保险期限和追溯期限内的保险事故，只要患者或其近亲属在延长报告期内首次向被保险人提出索赔要求，保险人仍然承担赔偿责任。

**五、商务要求**

（一）保险期限

合同保险期限为6个月。

（二）服务承诺

服务承诺按下列条款自行承诺：

1、至少配备有专业从事医疗责任保险人员一名，并驻守医疗机构，协助医疗机构全程参与纠纷处置及理赔。

2、纠纷发生，医疗机构向保险公司报案后，公司立即（30分钟内）派出查勘人员，同时参与纠纷处置。

3、纠纷赔偿处理程序简化，严格遵守有关保险的法律法规、加强诚信建设，建立便捷可行的理赔工作机构。

4、医疗纠纷处置结束后，由保险公司协助处理纠纷的人员负责收集理赔资料，医院提供保险公司所需资料。保险公司受理理赔申请后，应在3日内书面答复是否给予理赔，在30日内给予理赔。

5、保险人不得将本项目所载义务、责任分出给其他保险公司承担。

6、加强与医疗机构的沟通合作，每年提供医疗机构医疗风险评估报告和详实的保险理赔数据。

7、投标文件承诺的内容必须切实可行，不得有模棱两可的说法。如因表述不清出现理解歧义，按有利于投保人的原则进行解释。

8、投标人的承诺不得有违反保险行业相关法律法规内容，否则作为无效投标处理。

9、根据中标保险公司的履约情况，如中标保险公司违约，第一次违约扣除履约保证金的30%，第二次违约扣除履约保证金的30%，第三次违约扣除履约保证金的40%，超过三次违约，或因中标保险公司严重违约，致使合同无法履行，投保人有权单方面终止保险合同，中标保险公司应退还相应投保费用，并失去下一年度投标资格。违约行为的确定，以仲裁或区人民法院作出的调查结论或判决为准。

10、医院邀请上级医院（外院）医师，在诊疗活动中因执业过失导致患者人身损害（含精神损害）以及因此发生的法律费用等，纳入医疗责任保险报保范围。

（三）付款方式：

保费在签定合同后20个工作日内付清，如中标保险公司存在违约行为按上述“（二）服务承诺”第9条扣除履约保证金。

（四）履约保证金

中标单位应在合同签订前向采购人缴纳中标金额10%的履约保证金，在保险期保险责任完成后，采购人应于五日内无息退还其履约保证金。

（五）其他

1、供应商必须在响应文件中对以上条款和服务承诺明确列出，承诺内容必须达到本篇及竞争性谈判其他条款的要求。

3、根据现场谈判情况，可变更和补充相关条款。

2、其他未尽事宜由供需双方在采购合同中详细约定。

## 附件：响应文件格式要求（正本、副本各一份）

## 

**一、经济部分**

（一）报价函

（二）明细报价表

**二、技术部分**

技术响应偏离表

**三、服务部分**

服务响应偏离表

**四、资格条件**

（一）营业执照（副本）或事业单位法人证书（副本）复印件

（二）组织机构代码证复印件

（三）法定代表人身份证明书（格式）

（四）法定代表人授权委托书（格式）

（五）书面声明（格式）

（六）税务登记证（副本）复印件

说明：供应商按“五证合一”登记制度办理营业执照的，组织机构代码证、税务登记证（副本）和社会保险登记证以供应商所提供的营业执照（副本）复印件为准。

（七）特定资格条件相关资料

**五、其他与项目有关的资料（自附）**

### 一、经济部分

（一）竞争性报价函

**紧急采购报价函**

重庆市合川区人民医院：

我方收到\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（项目名称）的采购文件，经详细研究，决定参加该项目的竞价。

1.愿意按照采购文件中的一切要求，提供本项目的交货及技术服务，初始报价为人民币大写： 元整；人民币小写： 元。以我公司最后报价为准。

2.我方现提交的响应文件为：纸质文档壹份。

3.我方承诺：本次谈判的有效期为90天。

4.我方完全理解和接受贵方采购文件的一切规定和要求及谈判评审办法。

5.在整个谈判过程中，我方若有违规行为，接受按照《中华人民共和国政府采购法》和《采购公告文件》之规定给予惩罚。

6.我方若成为成交供应商，将按照最终谈判结果签订合同，并且严格履行合同义务。本承诺函将成为合同不可分割的一部分，与合同具有同等的法律效力。

7.我方未为采购项目提供整体设计、规范编制或者项目管理、监理、检测等服务。

供应商（公章）：

地址：

电话： 传真：

网址： 邮编：

联系人：

年 月 日

（二）明细报价表

**明细报价表**

招标项目名称：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 投标人名称 |  | | | | |
| 序号 | 项目名称 | 数量 | 投标报价（小写） | 保险期限 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
| 投标报价（大写）： | | | | | |
| 备注： | | | | | |

投标人 法定代表人授权代表：

（投标人公章） （签字或盖章）

年 月 日

### 二、技术部分

**技术响应偏离表**

谈判项目名称：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **采购需求** | **响应情况** | **差异说明** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

供应商： 法定代表人授权代表：

（供应商公章） （签字或盖章）

年 月 日

注：

1.本表即为对本项目“四、项目参数”中所列技术要求进行比较和响应；

2.该表必须逐条如实填写，若未作实质性参数描述，该供应商将失去成为成交供应商的资格，仅保留其合格供应商的身份。

3.该表可扩展，并逐页签字或盖章；

4.可附相关技术支撑材料（格式自定）。

5.根据响应情况在“差异说明”项填写正偏离或负偏离及原因，完全符合的填写“无差异”。

### 三、服务部分

**服务响应偏离表**

谈判项目名称：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **谈判项目需求** | **响应情况** | **差异说明** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

供应商： 法定代表人授权代表：

（供应商公章） （签字或盖章）

年 月 日

注：

1.本表即为对本项目“五、商务要求”中所列服务要求进行比较和响应，该表可扩展；

2.该表必须按照竞争性谈判要求逐条如实填写，若未作实质性参数描述，该供应商将失去成为成交供应商的资格，仅保留其合格供应商的身份。

3 根据响应情况在“差异说明”项填写正偏离或负偏离及原因，完全符合的填写“无差异”。

### 四、资格条件及其他

（一）营业执照（副本）或事业单位法人证书（副本）扫描件

（二）组织机构代码证扫描件

（三）法定代表人身份证明书（格式）

项目名称：

致： 重庆市合川区人民医院：

（法定代表人姓名）在 （供应商名称）任 （职务名称）职务，是（供应商名称） 的法定代表人。

特此证明。

（供应商公章）

年 月 日

（附：法定代表人身份证正反面复印件）

（四）法定代表人授权委托书（格式）

项目名称：

致： （采购人名称）：

（供应商法定代表人名称）是 （供应商单位名称）的法定代表人，特授权 （被授权人姓名及身份证代码）代表我单位全权办理上述项目的谈判、签约等具体工作，并签署全部有关文件、协议及合同。

我单位对被授权人的签字负全部责任。

在撤消授权的书面通知以前，本授权书一直有效。被授权人在授权书有效期内签署的所有文件不因授权的撤消而失效。

（附：被授权人身份证正反面复印件）

（供应商公章）

年 月 日

（五）书面声明

项目名称：

致： 重庆市合川区人民医院 ：

（供应商名称）郑重声明，我公司具有良好的商业信誉，具有履行合同所必需的设备和专业技术能力，参加本项目采购活动前三年内无重大违法活动记录，在合同签订前后随时愿意提供相关证明材料；我公司还同时声明未列入在信用中国网站（www.creditchina.gov.cn）“失信被执行人”、“重大税收违法案件当事人名单”中，也未列入中国政府采购网（www.ccgp.gov.cn）“政府采购严重违法失信行为记录名单”中，并随时接受采购人的检查验证，符合《政府采购法》规定的供应商资格条件。我方对以上声明负全部法律责任。

特此声明。

（供应商公章）

年 月 日

（六）税务登记证（副本）复印件

说明：供应商按“五证合一”登记制度办理营业执照的，组织机构代码证、税务登记证（副本）和社会保险登记证以供应商所提供的营业执照（副本）复印件为准。

### 五、其他与项目有关的资料（自附）