重庆全域肿瘤医院有限公司有限公司

2024年医疗责任保险项目采购

**谈判采购文件**

采购编号：QY-2024-14

采 购 人：重庆全域肿瘤医院有限公司有限公司

2024年3月

**目 录**

第一章 谈判采购邀请书

第二章 投标人须知

第三章 评审办法

第四章 采购合同

第五章 采购需求

第六章 响应文件格式

**第一章 谈判采购邀请书**

**重庆全域肿瘤医院有限公司有限公司**

**2024年医疗责任保险项目谈判采购邀请书**

 （被邀请单位名称）：

2024年医疗责任保险项目采购已具备采购条件，现邀请贵单位参加本次2024年医疗责任保险项目采购的谈判采购活动。

1 采购项目简介

1.1 采购项目名称：重庆全域肿瘤医院有限公司2024年医疗责任保险项目采购

1.2 采购人：重庆全域肿瘤医院有限公司

1.3 采购项目概况：

(一)投保/被保险单位名称：重庆全域肿瘤医院有限公司

(二)投保/被保险单位地址：重庆市万州区经开区经开大道188号

(三)医疗机构类别：三级肿瘤医院（未评等）

(四)医疗机构床位数：我院投保床位217张

(五)投保医务人员数： 287人,（医技31 人，医生 83人，药师13人，护理：160人）

1.4 成交投标人数量:一家。

2 采购范围及相关要求

2.1 采购范围：本次拟采购2024年医疗责任保险项目，2024年医疗责任保险项目明细及需求如下：

  **需求一览表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目名称 | 保险范围 | 保险期限 |
| 重庆全域肿瘤医院有限公司2024年度医疗责任保险服务 | 重庆全域肿瘤医院有限公司 | 1年 |

2.2（一）投保人和被保险人

重庆全域肿瘤医院有限公司

（二）计费因子数据

重庆全域肿瘤医院有限公司床位数217张，院内有医务人员数量：医生83 人，护士160人，其他医技人员 44人，年门诊人次：31922人，年住院人次：4192人 。

（三）承保区域

重庆全域肿瘤医院有限公司

（四）保险险种

|  |  |
| --- | --- |
| 主险 | 医疗责任保险 |
| 附加险 | 公平分担损失责任保险 |

（五）保险范围

1.主险保障范围

被保险医疗机构在诊疗活动中因执业过失导致患者人身损害而负担的赔偿责任以及精神损害费用、法律费用等，保险人根据保险合同的约定负责赔偿。

2.附加险保障范围

（1）公平分担损失保险

在保险单载明的保险期间或追溯期内，在被保险人及其保险单载明的医务人员从事与其诊疗科目、医务人员执业资格相符的诊疗活动中造成患者人身损害，患者和被保险人对损害的发生都没有过错，在保险期间内，由患方首次向被保险人提出损害赔偿请求，依照法院判决、仲裁裁决或保险人认可的调解协议，应由被保险人给予患方的适当经济补偿，保险人按照保险合同约定负责赔偿。

（六）理赔依据

保险公司确定在医疗责任保险事故中应承担的保险责任，以下列方式之一为依据，按合同约定计算赔偿：

1.按照当地政府规定的处理权限内被保险医疗机构和向其提出损害赔偿请求的受害人或其代表协商调解达成的调解协议书；

2. 卫生行政主管部门，依据司法鉴定意见书或事实清楚、责任明确的医疗纠纷所进行的调解达成的调解协议书；

3. 依法成立的医疗纠纷第三方人民调解委员会依据司法鉴定意见书或事实清楚、责任明确的医疗纠纷所进行调解达成的调解协议书；

4. 人民法院或者仲裁机构制作的判决书、裁决书、调解书、决定书、确认书、裁定书；

5. 保险公司认可的其他方式；

（七）保险责任限额与免赔额

1. 主险责任限额

|  |  |
| --- | --- |
| 每人责任限额 | 累计责任限额 |
| 40万元 | 100万元 |

责任限额说明：

（1）每人责任限额是指在保险年度内，被保险医疗机构造成每一名患者人身损害，在保险责任范围内获得的最高赔偿金额。

（2）累计责任限额是指被保险医疗机构在保险年度内获得的最高赔偿金额。若保险年度内被保险医疗机构累计获得的赔款等于累计责任限额，则该医疗机构的保险单项下的保险责任终止。

（3）精神损害费用每人责任限额为主险每人责任限额的30%，累计责任限额为主险累计责任限额的30%，且在主险责任限额之内计算。

（4）法律费用每次事故责任限额为主险每人责任限额的10%，累计责任限额为主险累计责任限额的10%，且在主险责任限额之内计算。

（九）保险期限

投保期限1年。

（十）保费支付

保费按年缴纳，本次招标为第一年保费报价，见费出单。

（十一）司法管辖

中华人民共和国司法管辖（港、澳、台除外）。

（十二）特别约定

1.医务人员特别约定

本保险所称医务人员，包括执业（助理）医师、注册护士、药师（士）、检验技师、影像技师（士）等卫生专业人员，以及医疗管理人员、进修医务人员、外聘医务人员、外请会诊医务人员、符合多点执业条件的医务人员等。无论其处于何岗位，只要实际从事具体诊疗活动，便属于医务人员。保险人同意投保医疗机构投保时可不提供外请医务人员名单。

2.承保基础特别约定

本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）。

3.追溯期特别约定

追溯期是自保单生效日向前追溯的期间，是在以期内索赔为承保基础条件下，保险人给予被保险人承保责任期限上的优惠，即如设定有追溯期，则承保责任期限不仅仅是保险期限，对于在保险期限之前（追溯期内）发生的保险事故，保险人也予以赔偿。

在追溯期内，被保险人的医务人员在诊疗活动中，因执业中非故意行为造成患者人身损害，在本保险期间内，由患者、其近亲属或合法继承人首次向被保险人提出索赔申请，依法应由被保险人承担民事赔偿责任时，保险人按照本保险合同的约定负责赔偿。

4.足额投保特别约定

医疗机构如实提供投保数据，保险人一旦承保，则视为医疗机构足额投保，且保险人不得因为被保险人在保险期限内发生医务人员变动、门诊人次数等投保数据变化而要求比例赔偿或拒赔赔偿。

5.责任认定特别约定

保险人以下列方式之一确定的被保险人的赔偿责任为基础，按照保险合同的约定进行赔偿：

（1）被保险人和向其提出损害赔偿请求的患者协商并经保险人确认；

（2）由重庆市各级医疗纠纷人民调解委员会的合理调解；

（3）由重庆市各级卫生健康行政部门调解；

（4）仲裁机构裁决；

（5）人民法院判决；

（6）保险人认可的其它方式认定。

6.索赔单证特别约定

被保险人向保险人请求赔偿时，应提交下列单证材料：

（1）有关责任人的资格或执业证明；

（2）患者或其近亲属的书面索赔申请；

（3）保险事故情况说明、赔偿项目清单；

（4）经国家批准或认可的医疗事故技术鉴定或医疗过错司法鉴定机构进行鉴定的，应提供医疗事故技术鉴定或医疗过错司法鉴定书；经重庆市医疗纠纷第三方调解机构或相关行政部门或法院、仲裁机构依法调解、判决、裁决、裁定的，应当提供调解书或判决书、裁定书或具有同等法律效力的其他文件；

（5）如将赔款支付给被保险人的，需提供被保险人已经向第三者支付赔偿金的书面证明材料；

（6）投保人、被保险人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料。

7.协助追偿特别约定

因药品、消毒药剂、医疗器械的缺陷，或药品不良反应造成患者损害，保险人负责赔偿。保险人赔偿后，医疗机构应当协助保险人向负有责任的生产者追偿。

8.诊疗活动特别约定

本保险所指的诊疗活动是指通过各种检查，使用药物、器械及手术等方法，对疾病作出判断和消除疾病、缓解病情、减轻痛苦、改善功能、延长生命、帮助患者恢复健康的活动，包括诊断、治疗、护理环节及体检、医学整形。

9.律师费特别约定

本保险所指的律师费是指向人民法院提起诉讼所产生的费用，律师费用每次事故赔偿限额为人民币10,000.00 元。

10.医疗费用特别约定

本保险特约承保在医疗侵权行为发生后的，按照医疗侵权责任划分程度应由医疗机构承担的合理的医疗费用（包含欠费）。在医疗侵权行为发生前已发生的医疗费用（包含欠费）本保险不予赔偿。

3 投标人资格要求

3.1 投标人应依法设立且满足如下要求：

3.1.1资质要求：

3.1.1.1持有有效企业营业执照的独立法人单位；

3.1.1.2.投标人必须是经国家保险监督管理部门批准设立的财产保险公司，具有银行保险监督管理委员会颁发的保险许可证或经营保险业务许可证，且业务范围须包括“责任保险”；（提供证书复印件加盖公章）

4 采购文件的获取

如贵单位有意参加谈判采购活动，请于2024年3月7日上午 9 时至12 时，下午14 时至17时（北京时间，下同）到2024年3月11日上午 9 时至12 时，下午14 时至17时（北京时间，下同），在重庆市万州区经开大道17号楼1楼102室获取采购文件。

5 响应文件的递交

5.1 响应文件递交的截止时间为 2024年3月15日9 时00分，地点为重庆市万州经开区经开大道188号17号楼1楼102室。

5.2 逾期送达的、未送达指定地点的响应文件，采购人将拒绝接收。

6 谈判时间和地点

递交响应文件的投标人应委派代表准时参加谈判活动，谈判开始时间预计为2024 年3月15日 9时，与每一投标人进行谈判的具体时间另行通知。谈判地点为重庆市万州经开区经开大道188号17号楼507。

7 联系方式

采购人：重庆全域肿瘤医院有限公司有限公司 地 址：重庆市万州区经开大道188号17号楼

联系人：刘超

电 话：18996570889

**第二章 投标人须知**

**投标人须知前附表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 条款号  | 条款内容  | 编列内容 |
| 1 | 对第五章非“\*”条款的偏差 | 允许，其中产品采购技术需求部分非“\*”条款的负偏差条款数量不超过非“\*”条款总数量的15%，负偏差条款数量按前述方法计算后四舍五入取整数（如有）。 |
| 2 | 最高限价 |  无 |
| 3 | 报价的其他要求 | 谈判报价须为人民币报价，包含：保费、通讯费、交通费、税费、保险经纪佣金等完成本项目的所有费用。 |
| 4 | 响应保证金 | 保证金的金额： 无。 保证金的形式：转账支票或电汇形式1.投标人应足额交纳保证金，并通过投标人账户汇至以下账户，保证金的到账截止时间同提交响应文件截止时间。户  名：重庆全域肿瘤医院有限公司有限公司开户行：兴业银行重庆万州支行账  号：3462001001000575752.各投标人在银行转账（电汇）时，须充分考虑银行转账（电汇）的时间差风险，如同城转账、异地转账或汇款、跨行转账或电汇的时间要求。3.各投标人必须在交纳凭证备注栏中注明采购项目名称，项目名称可简写。 |
| 5 | 退还响应保证金的时间 | 采购人将在发出成交通知书后 5个工作日内向除候选成交投标人外的其他投标人原额原账户退还响应保证金，并在采购合同签订后 5个工作日内向成交投标人和未成交的其他候选成交投标人原额原账户退还响应保证金。保证金不计利息。 |
| 6 | 不退还响应保证金的其他情形 | 1.投标人在提交响应文件截止时间后撤回响应文件的；2.投标人在响应文件中提供虚假材料的；3.除因不可抗力或竞争性谈判文件认可的情形以外，成交投标人不与采购人签订合同的；4.投标人与采购人、其他投标人或者采购代理机构恶意串通的；5.成交投标人不按规定的时间或拒绝按成交状态签订合同（即不按照采购文件确定的合同文本以及采购标的、采购金额、采购数量和服务要求等事项签订采购合同的）。 |
| 7 | 依法设立的资质要求证明材料 | 1.持有有效企业营业执照的独立法人单位。2.投标人必须是经国家保险监督管理部门批准设立的财产保险公司，具有银行保险监督管理委员会颁发的保险许可证或经营保险业务许可证；（提供证书复印件） |
| 8 | 响应方案数量 | 投标人只能提出唯一响应方案 |
| 9 | 响应文件的编制 | 1、响应文件应按第六章“响应文件格式”进行编写，如有必要，可以增加附页，作为响应文件的组成部分。2、响应文件应用不褪色的材料书写或打印。响应函应由投标人的法定代表人（单位负责人）或其授权的代理人签字并加盖单位章。3、 谈判中投标人对响应文件的澄清、说明和补正应由投标人的法定代表人（单位负责人）或其授权的代理人签字或加盖单位章。4、 响应文件应尽量避免涂改、行间插字或删除。如果出现上述情况，改动之处应由投标人的法定代表人（单位负责人）或其授权的代理人签字或加盖单位章。 |
| 10 |  响应文件的组成 | 响应文件应包括下列内容1. 响应函；
2. 报价表（含首次和最终报价表）；
3. 采购需求偏差表；

（4）授权委托书；（5）资格审查资料；(6)响应保证金。投标人在谈判和评审过程中作出的符合采购文件要求的澄清、说明和补正，构成响应文件的组成部分。 |
| 11 | 响应文件份数及电子版要求 | 响应文件正本1份，副本 4份，电子版1份；提供电子版响应文件的形式：以光盘的形式提供响应文件正本的扫描件。 |
| 12 | 分册装订要求 | 按照第六章“响应文件格式”规定的目录顺序组织编写和装订，否则有可能影响评委对响应文件的评审。 |
| 13 | 响应文件密封 | 响应文件的正本、副本以及电子文档装入统一的密封袋中密封，并在封套上注明项目编号、投标人名称和地址、谈判采购项目名称。**注：响应文件应妥善包装，封口处需密封完好。** |
| 14 | 封套上应载明的信息 | 项目编号： 投标人名称： 投标人地址：  （采购项目名称）响应文件 |
| 15 | 递交响应文件截止时间和地点 | 截止时间：2024年3月15日9时00分递交响应文件的地点：重庆市万州区经开大道188号17号楼507 |
| 16 | 是否退还响应文件 | 否 |
| 17 | 是否公开开启响应文件 | 是 |
| 18 | 开启地点 | 重庆市万州区经开大道188号17号楼507 |
| 19 | 开启程序 | 开启顺序：随机开启其他应公布的信息：/  |
| 20 | 谈判轮次及谈判顺序 | 本项目共进行2轮谈判顺序：以抽签的形式确定谈判顺序，由本项目谈判小组分别与各投标人进行谈判。 |
| 21 | 选择谈判投标人 | 通过初步评审的投标人。 |
| 22 | 是否公开开启最终报价 | 否 |
| 23 | 推荐候选成交投标人的排序及数量 | 是否排序：否，数量1家。 |
| 24 | 发布成交公告 | 公告地点：重庆市万州区经开大道188号17号楼 公示期限：1日 |
| 25 | 履约保证金 | 成交人是否提供履约担保：无履约保证金金额：采用现金形式的为签约合同价格的5%，采用银行保函形式的为签约合同价格的10%，保函必须为不可撤销且见索即付。履约保证金形式：以现金或银行保函提交；履约担保的提交时间：在合同签订后、采购人支付首付款前，成交人按担保金额向采购人提交履约担保。履约担保的期限：自担保人法定代表人（或其委托代理人）签字并加盖公章之日起至验收合格之日止。履约担保的退还时间：验收合格后5个工作日内退还，履约保证金不计利息。 |
| 26 | 签约合同价 | 最终报价 |
| 27 | 异议渠道 | 联系人： 刘超 联系电话：18996570889通信地址：重庆市万州区经开大道188号17号楼 其他： **/**  |
| 28 | 产品及公司介绍 | 投标人提供不超过20分钟的现场介绍 |

1. **评 审 办 法**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 条款号及名称  | 评审因素 | 评审标准 |
| 1 | 评审方法 | 评审方法 | 所有通过资格审查合格的投标人，最终报价最低价中标 |
| 2.1.1 | 形式评审标准 | 投标人名称 | 与市场监管部门或其他行政机关颁发的可以合法开展业务的执照或证书一致 |
| 响应文件签字盖章 | 符合第二章第10项的规定 |
| 响应文件格式 | 符合第二章“供货商须知”第13项规定 |
| 2.1.2 | 资格评审标准 | 依法设立 | 符合第一章第 3.1.1.1条规定 |
| 资质要求 | 符合第二章第7项规定 |
| 2.1.3 | 响应性评审标准 | 报价 | 符合第二章第3项规定 |
| 响应保证金 | 符合第二章第4项规定 |
| 响应方案 | 符合第二章第8项规定 |
| 对“\*”条款的偏差 | 符合第五章“\*”条款的规定，允许正偏离（如有）。 |
| 对非“\*”条款的偏差 | 偏差范围符合第二章第1项的规定。 |
| 3.2投票（投票法） |
| 3.2 | 投票方法 | 本项目采用投票法评审，谈判小组应根据本竞争性谈判文件的要求，综合考虑各投标人的响应情况（包括但不限于以下几方面：采购技术需求、价格、付款等）进行记名投票。 谈判小组逐条核对谈判投标人提供的《响应方案》是否响应《采购需求》的要求，并根据响应情况及谈判内容选择性的对谈判投标人进行记名投票。每位谈判小组成员只能选一家投标人进行投票，投票完成后谈判小组汇总投票结果并形成评审报告提交给采购人，最终由采购人确定成交投标人。 |

**第四章合同格式**

 **2024年医疗责任保险合同**

合同编号：QY-2024-14

甲方（需方）：重庆全域肿瘤医院有限公司 计价单位： 元

乙方（供方）： 计量单位： 元

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 数量 | 综合单价 | 总价 | 服务时间 | 服务地点 |
| 重庆全域肿瘤医院2024年度医疗责任保险服务 | 1 |  |  | 一年 | 重庆全域肿瘤医院 |
| 合计人民币（小写）： 元 |
| 合计人民币（大写）： |
| 一、服务要求（一）投保人和被保险人重庆全域肿瘤医院（二）计费因子数据重庆全域肿瘤医院床位数XXX张，院内有医务人员数量：医生XXX人，护士XXX人，其他医技人员XX人，年住院人次：XXX。（三）承保区域重庆全域肿瘤医院（四）保险险种

|  |  |
| --- | --- |
| 主险 | 医疗责任保险 |
| 附加险 | 公平分摊损失责任险 |

（五）保险范围1.主险保障范围被保险医疗机构在诊疗活动中因执业过失导致患者人身损害而负担的赔偿责任以及精神损害费用、法律费用等，保险人根据保险合同的约定负责赔偿。（1）在保险单列明的保险期间或追溯期及承保区域范围内，在保险单中载明的被保险人的医务人员（以下简称投保医务人员）在诊疗活动中，因执业过失造成患者人身损害，在本保险期间内，由患者或其近亲属首次向被保险人提出索赔申请，依法应由被保险人承担民事赔偿责任时，保险人按照后续合同的约定负责赔偿。（2）追溯期是指从保险期间开始之时起向前追溯的约定的期间。追溯期的具体起止时间以保险单载明的时间为准。（3）主是指通过各种检查，使用药物、器械及手术等方法，对疾病作出判断和消除疾病、缓解病情、减轻痛苦、改善功能、延长生命、帮助患者恢复健康的活动，包括诊断、治疗、护理环节。（4）主险保障范围内的事故发生后，事先经保险人书面同意的法律费用，包括事故鉴定费、查勘费、取证费、仲裁或诉讼费、案件受理费、律师费等，保险人按照保险合同的约定也负责赔偿。（5）保险人以下列方式之一确定的被保险人的赔偿责任为基础，按照保险合同的约定进行赔偿：①被保险人和向其提出损害赔偿请求的患者协商并经保险人确认；②仲裁机构裁决；③人民法院判决；④卫生行政部门调解；（6）保险人认可的其它方式。被保险人给患者造成损害，被保险人未向该患者或其近亲属赔偿的，保险人不负责向被保险人赔偿保险金。（7）发生保险责任范围内的损失，保险人按以下方式计算赔偿：①对于被保险人对每位患者造成的人身伤害，保险人在医疗任每人责任限额内计算赔偿；对于被保险人对每位患者依法应当承担的精神损害赔偿责任，保险人的赔偿金额以本保险单列明的精神损害每人责任限额为限，并计算在医疗责任每人责任限额之内。②对于被保险人对每位患者人身伤害的赔偿责任和精神损害的赔偿责任，保险人在扣除后续保险合同列明的每次事故免赔额或按每次事故免赔率计算的免赔额后，在医疗责任每人责任限额之内进行赔偿。③赔偿金额以外按以下约定另行计算赔偿：保险人对法律费用的每次事故赔偿金额以实际发生的费用金额为准，但不得超过本保险单列明的法律费用每次事故责任限额；在保险期间内，保险人对被保险人多次索赔的法律费用累计赔偿金额不得超过本保险单列明的法律费用累计责任限额。2.附加险保障范围（1）公平分担损失保险在保险单载明的保险期间或追溯期内，在被保险人及其保险单载明的医务人员从事与其诊疗科目、医务人员执业资格相符的诊疗活动中造成患者人身损害，患者和被保险人对损害的发生都没有过错，在保险期间内，由患方首次向被保险人提出损害赔偿请求，依照法院判决、仲裁裁决或保险人认可的调解协议，应由被保险人给予患方的适当经济补偿，保险人按照保险合同约定负责赔偿。（六）理赔依据保险公司确定在医疗责任保险事故中应承担的保险责任，以下列方式之一为依据，按合同约定计算赔偿：按照当地政府规定的处理权限内被保险医疗机构和向其提出损害赔偿请求的受害人或其代表协商调解达成的调解协议书；2. 卫生行政主管部门，依据司法鉴定意见书或事实清楚、责任明确的医疗纠纷所进行的调解达成的调解协议书；3. 依法成立的医疗纠纷第三方人民调解委员会依据司法鉴定意见书或事实清楚、责任明确的医疗纠纷所进行调解达成的调解协议书；4. 人民法院或者仲裁机构制作的判决书、裁决书、调解书、决定书、确认书、裁定书；5. 保险公司认可的其他方式； （七）理赔时效 理赔服务时效承诺，达成赔付协议且资料收取完毕后万元以下赔款5个工作日内赔付，万元以上案件较复杂待资料收取完毕后30个工作日进行赔款支付。（八）保险责任限额与免赔额1. 主险责任限额

|  |  |
| --- | --- |
| 每人责任限额 | 累计责任限额 |
| 40万元 | 100万元 |

责任限额说明：（1）每人责任限额是指在保险年度内，被保险医疗机构造成每一名患者人身损害，在保险责任范围内获得的最高赔偿金额。（2）累计责任限额是指被保险医疗机构在保险年度内获得的最高赔偿金额。若保险年度内被保险医疗机构累计获得的赔款等于累计责任限额，则该医疗机构的保险单项下的保险责任终止。（3）精神损害费用每人责任限额为主险每人责任限额的30%，累计责任限额为主险累计责任限额的30%，且在主险责任限额之内计算。（4）法律费用每次事故责任限额为主险每人责任限额的10%，累计责任限额为主险累计责任限额的10%，且在主险责任限额之内计算。（九）保险期限投保期限1年。（十）保费支付保费按年缴纳，本次招标为第一年保费报价，见费出单。（十一）司法管辖中华人民共和国司法管辖（港、澳、台除外）。（十二）特别约定1.医务人员特别约定本保险所称医务人员，包括执业（助理）医师、注册护士、药师（士）、检验技师、影像技师（士）等卫生专业人员，以及医疗管理人员、进修医务人员、外聘医务人员、外请会诊医务人员、符合多点执业条件的医务人员等。无论其处于何岗位，只要实际从事具体诊疗活动，便属于医务人员。保险人同意投保医疗机构投保时可不提供外请医务人员名单。2.承保基础特别约定本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）。3.追溯期特别约定追溯期是自保单生效日向前追溯的期间，是在以期内索赔为承保基础条件下，保险人给予被保险人承保责任期限上的优惠，即如设定有追溯期，则承保责任期限不仅仅是保险期限，对于在保险期限之前（追溯期内）发生的保险事故，保险人也予以赔偿。在追溯期内，被保险人的医务人员在诊疗活动中，因执业中非故意行为造成患者人身损害，在本保险期间内，由患者、其近亲属或合法继承人首次向被保险人提出索赔申请，依法应由被保险人承担民事赔偿责任时，保险人按照本保险合同的约定负责赔偿。4.足额投保特别约定医疗机构如实提供投保数据，保险人一旦承保，则视为医疗机构足额投保，且保险人不得因为被保险人在保险期限内发生医务人员变动、门诊人次数等投保数据变化而要求比例赔偿或拒赔赔偿。但医疗机构在保险期内发生医务人员变动，应及时向保险人告知，如果医务人员变动不超过投保医务人员数量的10%，保险人不增加保费或退还保费，如果医务人员变动超过投保医务人员数量的10%，保险人应进行相应的增加保费或退还保费。5.责任认定特别约定保险人以下列方式之一确定的被保险人的赔偿责任为基础，按照保险合同的约定进行赔偿：（1）被保险人和向其提出损害赔偿请求的患者协商并经保险人确认；（2）由重庆市各级医疗纠纷人民调解委员会的合理调解；（3）由重庆市各级卫生健康行政部门调解；（4）仲裁机构裁决；（5）人民法院判决；（6）保险人认可的其它方式认定。6.索赔单证特别约定被保险人向保险人请求赔偿时，应提交下列单证材料：（1）有关责任人的资格或执业证明；（2）患者或其近亲属的书面索赔申请；（3）保险事故情况说明、赔偿项目清单；（4）经国家批准或认可的医疗事故技术鉴定或医疗过错司法鉴定机构进行鉴定的，应提供医疗事故技术鉴定或医疗过错司法鉴定书；经重庆市医疗纠纷第三方调解机构或相关行政部门或法院、仲裁机构依法调解、判决、裁决、裁定的，应当提供调解书或判决书、裁定书或具有同等法律效力的其他文件；（5）如将赔款支付给被保险人的，需提供被保险人已经向第三者支付赔偿金的书面证明材料；（6）投保人、被保险人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料。7.协助追偿特别约定因药品、消毒药剂、医疗器械的缺陷，或药品不良反应造成患者损害，保险人负责赔偿。保险人赔偿后，医疗机构应当协助保险人向负有责任的生产者追偿。8.诊疗活动特别约定本保险所指的诊疗活动是指通过各种检查，使用药物、器械及手术等方法，对疾病作出判断和消除疾病、缓解病情、减轻痛苦、改善功能、延长生命、帮助患者恢复健康的活动，包括诊断、治疗、护理环节及体检、医学整形。9.律师费特别约定本保险所指的律师费是指向人民法院提起诉讼所产生的费用，律师费用每次事故赔偿限额为人民币10,000.00 元。10.医疗费用特别约定本保险特约承保在医疗侵权行为发生后的，按照医疗侵权责任划分程度应由医疗机构承担的合理的医疗费用（包含欠费）。在医疗侵权行为发生前已发生的医疗费用（包含欠费）本保险不予赔偿。二、考核方式按照国家及行业相关标准，采购文件规定进行验收。 |
| 三、付款方式：按合同签订后十个工作日内一次性支付一年保费。 |
| X、履约保证金：无。 |
| 四、违约责任：按《中华人民共和国民法典》执行。 |
| 五、其他约定事项：1.采购文件及其澄清文件、响应文件和承诺是本合同不可分割的部分。2.本合同如发生争议由双方协商解决，协商不成向需方所在人民法院提请诉讼。3.本合同一式贰份， 需方壹份，供方壹份，具同等法律效力。4.其他：无。 |
| 需方：地址：联系电话：授权代表： | 供方：地址：电话：传真：开户银行：开户名：账号：授权代表：（本栏请用计算机打印以便于准确付款） |
| 备注： |

签约时间： 年 月 日 签约地点：重庆市万州区

**第五章 采 购 需 求**

**（一）采购商务需求**

**一**、**产品名称、采购数量、采购需求/合同一致。**

**二、 技术标准与质量标准：执行国家标准。**

**三、交货**

3.1 医疗责任保险保单送达重庆全域肿瘤医院有限公司，联系人：刘超 联系电话：18996570889。

3.2交货期：合同签署15个工作日之内。

1. **服务保证及售后服务**

 服务承诺按下列条款自行承诺：

1.成交投标人至少配备有专业从事医疗责任保险人员一名，负责医疗纠纷解决后的保险理赔工作。

2.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。

3.纠纷处置结束后，由成交投标人协助处理纠纷的人员负责收集理赔资料，采购人提供成交投标人所需资料。成交投标人在收到采购人提交的索赔资料之日起3日内书面答复是否给予理赔，给予理赔的应在书面答复采购人之日起30日内完成赔付。

4.成交投标人不得将本项目所载义务、责任分出给其他保险公司承担。

5.成交投标人加强与采购人的沟通合作，每年提供采购人医疗风险评估报告和详实的保险理赔数据。

6.各投标人应根据投标文件格式的相关要求详细说明相关资料，投标人未按格式提供相关资料造成的后果自负。

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.采购人邀请院外医师会诊，在诊疗活动中发生医疗纠纷产生的一切赔偿费用以及因此发生的相关法律费用等，纳入本次招标项目的医疗责任保险承保范围。

**五、付款方式**

5.1合同签署10个工作日内采购人支付合同全额保费；

5.2采购人向投标人支付的货款为含税价格，即投标人自行承担其因向采购人提供产品而产生的全部税费。除合同明确约定外，投标人无权再向采购人要求任何费用。

5.3 付款后3日内，投标人将与支付价款等值金额增值税专用发票提供给采购人，采购人以发票等凭证按合同约定支付款项。发票税率因国家相关政策而变更，则根据相关政策调整开票税率，但不调整合同不含税总额。

**采购技术需求**

医疗责任保险需求

为充分发挥医疗责任保险在化解医疗风险中的作用，切实保障医患双方的合法权益，构建和谐医患关系，结合我院申请购买2024年医疗责任保险，需求如下：

医院基本情况：

重庆全域肿瘤医院系混合所有制三级医院 ，医院开设病床217张，医护人员人数287人，2023年住院病人手术679人次。

申购需求：

（1）保险险种

主险：医疗责任保险

附加险：公共分摊损失责任保险

（2）保险费用及计算因子

|  |  |
| --- | --- |
| 医务人员人数 | 287人 |
| 床位数 | 217张 |
| 手术台次 | 679人 |
| 每人责任限额 | 40万 |
| 累计责任限额 | 100万 |
| 免赔率 | 10% |
| 免赔额 | 1000元 |
| 总保费 | 低于50万 |

**第六章 响应文件格式**

 （项目名称）

**响 应 文 件**

投标人：

 年 月 日

**目 录**

一、响应函

二、报价表（首次、最终报价表）

三、采购需求偏差表

四、授权委托书

五、资格审查资料

六、响应保证金

1. **响应函**

 （采购人名称）：

1.我方已仔细研究了 （采购项目名称）采购文件的全部内容，愿意以含税价人民币（大写） （￥ ）的首次报价（其中不含税价为： ，增值税税额为： ）提供货物，成交价以最终报价为准，并按合同约定履行义务。

2.我方的响应文件包括下列内容：

（1）响应函；

（2）报价表（含首次和最终报价表）；

（3）采购需求偏差表；

（4）授权委托书；

（5）资格审查资料；

响应文件的上述组成部分如存在内容不一致的，以响应函为准。

3．我方承诺除采购需求偏差表列出的偏差外，我方响应采购文件的全部要求。

4．我方承诺在采购文件规定的响应文件有效期内不撤销响应文件。

5．如我方成交，我方承诺：

（1）在收到成交通知书后，在成交通知书规定的期限内与你方签订合同；

（2）在签订合同时不向你方提出附加条件；

（3）在合同约定的期限内完成合同规定的全部义务。

6．我方在此声明，所递交的响应文件及有关资料内容完整、真实、合法、准确并符合采购文件的标准，且不存在第一章“谈判采购邀请书”中规定的投标人不得存在的情形。否则，由此引起的全部法律责任由我公司承担。

7. （其他补充说明）。

投标人： （盖单位章）

法定代表人（单位负责人）或其授权的代理人： （签字）

地址：

电子邮箱：

电话：

传真：

邮政编码：

 年 月 日

**二、报价表（首次、最终报价表）**

 （项目名称）

|  |  |
| --- | --- |
| 被保险人名称 |  |
| 医疗机构类别 |  |
| 地区 |  |
| 医务人员人数 |  |
| 手术台次 |  |
| 每人责任限额 |  |
| 累计责任限额 |  |
| 免赔率 |  |
| 免赔额 |  |
| 总保费 |  |

计费标准：

|  |  |
| --- | --- |
| 人数： |  |
| 床位数： |  |
| 手术台次 |  |
| 合计： 小写： 元 整，大写： 元整。 |

报价人（签章）： 法定代表人或授权委托人（签字或签章）：

备注：本采购设备分首次报价、最终报价，币种为人民币。首次报价由投标人在提交响应文件时报价，最终报价由投标人在竞标现场规定时间内报价。投标人可提前准备多份空白表格并盖章。投标人在谈判结束以后填写并在规定的时间内提交。

**三、采购需求偏差表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号  | 采购文件章节及条款号  | 响应文件章节及条款号 | 偏差说明 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| …… |  |  |  |
| 投标人保证：除采购需求偏差表列出的偏差外，投标人响应采购文件的全部要求。 |

## 备注：采购需求偏差表只需列出有偏差的条款，其余无偏差的条款不列。

**四、授权委托书**

本人 （姓名）系 （投标人名称）的法定代表人（单位负责人），代表本公司授权 （单位名称） （被授权人的姓名与职务）为我方代理人。代理人根据授权，以我方名义签署、澄清确认、递交、撤回、修改 （采购项目名称）响应文件以及合同的签订、执行、完成、服务等有关事宜，在委托书的授权范围和有效期限内，代理人有权以本公司名义处理一切与之有关的事务，本公司予以认可，由此产生的法律后果由本公司承担。

本授权书于 年 月 日签字生效，无转委权。在撤销授权的书面通知送达贵公司之前，本授权书一直有效；代理人签署的所有文件（在授权书有效期内签署的）不因授权的撤销而失效。

附：法定代表人（单位负责人）身份证复印件及委托代理人身份证复印件。

投标人： （盖单位章）

法定代表人（单位负责人）： （签字）

身份证号码：

委托代理人： （签字）

身份证号码：

 年 月 日

**五、资格审查资料**

投标人应根据第二章投标人须知前附表第7项的要求提供主体资格证明及相关资质证明材料（包括但不限于以下资料：营业执照、保险许可证或经营保险业务许可证、商业保险集团（总公司）授权书等）。

**六、响应保证金**

响保证金交纳凭