**项目名称：补充医疗保险项目**

**比 选 文 件**

**比 选 人：重庆市上桥粮食中转库有限责任公司（盖单位公章）**

**2024年1月**

**目 录**

[第一章 比选公告 3](#_Toc16196566)

[第二章 应选人须知](#_Toc16196567) 3

[第三章 评选办法](#_Toc16196568) 6

[第四章 合同格式](#_Toc16196573) 7

[第五章 应选文件格式 1](#_Toc16196573)1

# 比选公告

**补充医疗保险项目比选公告**

**1.比选条件**

补充医疗保险项目，比选人为重庆市上桥粮食中转库有限责任公司，本项目资金已到位，邀请符合条件的单位参与比选。

**2.项目概况**

2.1项目名称：补充医疗保险项目

2.2资金来源：企业自筹。

2.3项目概况：为持续保障员工权益，根据市国资委《关于规范管理企业补充医疗保险的通知(渝国资〔2017〕603号)、市储备粮公司《关于规范建立和管理企业补充医疗保险的通知》，重庆市上桥粮食中转库有限责任公司拟通过购买第三方服务的方式建立职工团体补充医疗保险，采取竞争性比选的方式确定中选人。

2.4 项目地址：比选人指定。

2.5.比选范围：为重庆市上桥粮食中转库有限责任公司（下称“上桥公司”）及所属子公司建立劳动关系的在岗员工和2023年起新增的“在册不在编”人员（职工基本情况详见附件1）购买意外伤害、补充住院医疗、门急诊、高额住院医疗保障及特定医疗保险金。

2.6服务期：一年（具体服务时间为2024年1月1日-2024年12月31日），一年到期后比选人根据中选人服务情况选择是否续签，本项目最多可续签两次。在服务期限内，比选人有权对每年度项目明细、服务期限进行适当调整或终止合同关系。

**3.应选人资格要求**

3.1 本次比选实行资格后审，应选人须满足下列资格条件要求：

（一）基本资格条件

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材料资源、售后保障等能力；

4.有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

5.参加本次比选活动近三年内，在经营活动中没有重大违法记录。

（二）特定资格条件

1.应选人具有独立法人资格或为经总公司唯一授权的省级（或直辖市）分公司；

2.应选人（或其总公司）具有中国保险监督管理委员会或中国银行保险监督管理委员会核发的《经营保险业务许可证》；

3.提供的医疗保险产品必须经过中国银保监协会备案；

4.应选人具有近三年（合同签订时间为2021年1月1日起至比选截止之日止）单价超过60万的同类保险业绩至少一个。

5.需配备充足、稳定、高素质的项目经理和专业团队，并在合同期内保持相对稳定，确保能够提供专业、高效的保险理赔服务。

6.近三年内无违反执业道德和违法执业行为。

本项目不接受联合体应选

具体要求详见第二章应选人须知前附表第7项应选人资质条件、能力和信誉。

**4.应选文件的递交**

4.1 应选文件递交的截止时间：请应选人将应选文件于2024年 1 月 23 日10时00分前，地址为：重庆市高新区白市驿镇高田坎村66号（高新区储备库办公大楼410办公室）。

4.2 逾期送达的或者未送达指定地点的应选文件，比选人不予受理。

**5.比选时间和地点**

开标时间：2024年 1 月 23日10时00分

开标地点：重庆市高新区白市驿镇高田坎村66号（高新区储备库办公大楼）。

**6.发布比选公告的媒介**

本次比选公告在“重庆国际投资咨询集团有限公司（https://www.cqiic.com/）”发布。

**8.联系方式**

比 选 人：重庆市上桥粮食中转库有限责任公司

地 址：重庆市高新区白市驿镇高田坎村66号

联 系 人：谭女士

联系电话：023-67301457

# 第二章 应选人须知

| **条款号** | **条款名称** | **编 列 内 容** |
| --- | --- | --- |
| 1 | 比选人 | 比 选 人：重庆市上桥粮食中转库有限责任公司  地 址：重庆市高新区白市驿镇高田坎村66号  联 系 人：谭女士  联系电话：023-67301457 |
| 2 | 项目名称 | 补充医疗保险项目 |
| 3 | 服务内容 | 同比选公告 |
| 4 | 资金来源 | 企业自筹。 |
| 5 | 资金落实情况 | 已落实 |
| 6 | 服务期 | 一年（具体服务时间为2024年1月1日-2024年12月31日）一年到期后比选人根据中选人服务情况选择是否续签，本项目最多可续签两次。在服务期限内，比选人有权对每年度项目明细、服务期限进行适当调整或终止合同关系 |
| 7 | 应选人资质条件、能力和信誉 | 本次比选实行资格后审，应选人须满足下列资格条件要求，否则，其资格审查结果为不合格，作否决应选处理：  （一）基本资格条件  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材料资源、售后保障等能力；  4.有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；  5.参加本次比选活动近三年内，在经营活动中没有重大违法记录。  注：应选人须提供承诺函对以上基本资格条件进行承诺，格式自拟并加盖应选人单位公章（鲜章）。  （二）特定资格条件  1.应选人具有独立法人资格或为经总公司唯一授权的省级（或直辖市）分公司；  注：提供有效的营业执照副本复印件并加盖应选人公章（如为分公司应选，需提供总公司独立法人单位和省级（或直辖市）分公司营业执照复印件并加盖应选人公章）。  2.应选人（或其总公司）具有中国保险监督管理委员会或中国银行保险监督管理委员会核发的《经营保险业务许可证》；  注：提供有效的经营保险业务业务许可证复印件。  3.提供的医疗保险产品必须经过中国银保监协会备案；  注：产品备案须提供中国银保监会网站查询截图并加盖应选人公章。  4.应选人具有近三年（合同签订时间为2021年1月1日起至比选截止之日止）单价超过60万的同类保险业绩至少一个。  注：提供业绩合同或中选/标文件复印件加盖应选人单位公章。  5.需配备充足、稳定、高素质的项目经理和专业团队，并在合同期内保持相对稳定，确保能够提供专业、高效的保险理赔服务。  注：提供承诺函，格式自拟加盖应选人单位公章。  6.近三年内无违反执业道德和违法执业行为；  注：提供承诺函，格式自拟加盖应选人单位公章。  7.应选人须具有良好的信誉，在2021年1月1日至今应选人须满足以下信誉要求：  （1）无重要毁约、无故弃标的不良记录；  （2）无重大质量事故、安全事故记录；  （3）没有过以他人名义投标或以其他方式弄虚作假，骗取中选行为；  （4）未被责令停业或在破产状态的；  （5）财产未被重组、接管、查封、扣押或冻结的；  （6）未被最高人民法院在“信用中国”网站或各级信用信息共享平台中列入失信被执行人名单；  （7）应选人或其法定代表人、拟委任的项目负责人无行贿犯罪行为。  注：提供承诺函，格式自拟加盖应选人单位公章。  **应选人对其提供的资料真实性负责，如提供虚假材料，一经查实，则取消应选资格或中选资格。** |
| 8 | 应选报价 | 1.应选报价应完全包含比选文件（含答疑、补遗文件等）要求的比选范围和服务内客。本合同价款采用固定单价合同，报价方式为比选范围内单价包干价，包含税费等所有费用。  各应选人应根据本比选文件规定的内容，参照比选文件中提供的资料，结合应选人自身能力、市场状况及风险因素，进行报价。若因应选人在应选报价时有漏报、缺项的情况发生，比选人视为应选人已充分理解比选文件要求，漏报、漏项部分的费用增加等均已计入应选报价之中，若中选后签订合同时不予调整。具体要求为：  （1）项目报价为完成所要求服务的所有价格，应包含完成项目所需的人工费用、管理费及所有相关费用等；保费最终结算价格根据实际参保人数和各类别人员单价确定。  （2）参与应选的应选人应承担其编制应选文件与递交应选文件所涉及的一切费用，不论结果如何，比选和比选代理机构在任何情况下无义务也无责任承担这些费用。  （3）应选人需在“报价明细表”中按要求填报各项报价明细。  （4）本项目比选文件中提供的员工数量为暂估数量，具体数量在合同签订时明确，人员数量变更造成的价格变化应按中标人填报的各项人员单价进行增减，门诊医疗保障管理费按收费比例计算。  **2.本项目设最高限价。最高限价为793314.00元/年（团体商业险报价最高限价为2462元/人/年，特定医疗保险金基数为2000元/人.年，医疗保险金管理费1%）。本项目报价仅报一年期保险费，一年到期后比选人根据中选人服务情况选择是否续签。应选人的应选报价不得高于最高限价，否则作否决应选处理。** |
| 9 | 应选文件的份数 | 应选文件正本数量：1份，副本数量：2份；电子文件（U盘）2份。并予以标明，如正、副本有不符之处，以正本为准。 |
| 10 | 应选文件编制要求 | 应选文件应使用简体中文，报价以人民币标价，用A4纸打印装订，加盖公章和骑缝章。所递交文件中不得有随意的行间插字、涂改或增删。 |
| 11 | 应选文件的密封 | 应选文件密封袋内装应选文件正副本及电子文件（U盘）。  封皮上按本表第12项的规定写明相应内容。 |
| 12 | 封套上写明 | 应在“应选文件”大袋封套上写明如下内容：  应选人名称： （加盖应选人单位鲜公章）  比选人名称：  （项目名称）应选文件 |
| 13 | 比选有效期 | 自递交应选文件起至本公司与中选人签署服务合同为止。 |
| 14 | 是否退还  应选文件 | 否 |
| 15 | 开标时间  和地点 | 开标时间：2024年 1月 23日10时00分  开标地点：重庆市高新区白市驿镇高田坎村66号（高新区储备库办公楼） |
| 16 | 评选委员会的  组建 | 由比选人按法律法规相关规定及比选人公司制度组建。 |
| 17 | 是否授权评选委员会确定中选人 | 由评选委员会推荐经评审得分由高到低排名前三名为中选候选人。 |
| 18 | 重新比选 | 如不足3家单位参加本次竞争性比选，则本次比选终止，重新开展。 |
| 19 | 二次比选和不再比选 | 重新比选的应选人仍然少于三个的，参照比选应选法律法规规定的程序开标和评选。重新比选经评审有有效应选人的，应当依法确定中选候选人；无有效应选人的，可以不再进行比选，由比选人联系评估机构直接发包。 |
| 20 | 履约保证金 | 中选人领取中选通知书5日内，缴纳合同履约保证金，金额为中选金额的10%。如中选人弃标或无法履行合同，比选人不予退还履约保证金并有权取消其中选资格，同时比选人将依序确定中选候选人。 |

# 

**第三章 评选办法（最低价中标法）**

| **评审标准** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **评审办法：**本次评审采用经评审的最低投标价法，评标委员会按照参选人报价由低到高进行报价排序，按照本章初步评审项进行符合性审查，符合性审查合格的参选人中按报价由低到高推荐中选候选人。若出现参选人参选报价相同的，由评标委员会按照 业绩合同总金额由高到低的 原则排序。 | | | | |
| 初步评审 | 参选人名称 | | 与营业执照一致 |
| 参选文件签字盖章 | | 法定代表人或其委托代理人按比选文件要求签字或盖章。按比选文件要求盖参选人单位鲜公章。 |
| 报价唯一 | | 只能有一个有效报价，在比选文件没有规定的情况下，不得提交选择性报价。 |
| 服务期 | | 符合第二章“参选人须知”第6款规定 |
| 资格要求 | | 符合第二章“参选人须知”第7款规定 |
| 参选报价 | | 符合比选文件给出的范围及数量，且参选报价不得高于比选人公布的最高限价，但也不得低于参选人的企业成本。 |
| 评选程序 | | 1.按本章初步评审要求进行初步评审，未通过初步评审或评选委员会认定为无效的参选文件的不再进行后续评审。  2.根据本章初步评审要求进行符合性审查。符合性审查合格的参选人中，报价最低的成为第一中选候选人，报价次低的成为第二中选候选人，依次类推。  若出现参选人参选报价相同的，由评标委员会按照业绩合同总金额由高到低的原则排序。 | | |

# 合同格式

# xxx有限公司

**补充医疗保险协议**

签署时间： 年 月 日

**目 录**

[一、 投保基本情况及条款 11](#_Toc30704)

[二、 保险期限 11](#_Toc16265)

[三、 被保险人 12](#_Toc10247)

[四、 保险方案 12](#_Toc9313)

[五、 其它特别约定 12](#_Toc29381)

[六、 保险费缴纳 13](#_Toc20082)

[七、 保全服务事项 13](#_Toc29522)

[八、 理赔服务事项 14](#_Toc30638)

[九、 保险金支付注意事项 15](#_Toc407)

[十、 如实告知 15](#_Toc3855)

[十一、 释义 16](#_Toc21624)

[十二、 反商业贿赂条款 16](#_Toc11388)

[十三、 反洗钱条款 17](#_Toc5798)

[十四、 附则 18](#_Toc183)

# 投保人：xxx有限公司（简称为“甲方”）

**授权代表人：**

**地址:**

**保险人：xxxxx公司（简称为“乙方”）**

**授权代表人：**

**地址:**

根据《中华人民共和国民法典》和《中华人民共和国保险法》有关规定，乙方具备向甲方提供本协议项下保险服务的资质和条件。甲乙双方在平等互利的基础上，经友好协商，就甲方向乙方投保员工综合福利保障计划事宜，达成如下协议（以下简称“本协议” ）：

# 投保基本情况

为了更好地提高员工的福利保障待遇，加强企业人力资源的竞争力，甲方愿为现有的员工投保乙方的综合福利保障计划。

# 保险期限

本协议约定有效期限为一年，自 2024 年 1 月 1 日零时起至 2024 年 12 月 31 日二十四时止（保险生效日以签发保单上载明的生效日期为准，保险人自保险单上所记载的保险期间起始日开始承担相应保险责任）。

# 被保险人

3.1被保险人为甲方现有身体健康、能正常学习、工作或劳动的在岗员工（含2023年起新增的“在册不在编”人员），合计：xx人。

# 保险方案

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 保险名称 | 保险服务内容简介 | 保额 |
| 1 | 意外伤害医疗 | 因意外伤害发生门诊和住院医保范围内的医疗费用，0元免赔，100%赔付；医保范围外（自费）的费用，0元免赔，不低于80%赔付。 | 5万元 |
| 2 | 补充住院医疗 | 起付线以下及起付线至封顶线之间的符合基本医疗范围内的合理医疗费用（含乙类个人自付部分），0元免赔，需个人自付部分按100%比例给付。住院期间，封顶线及以下的自费项目费用，0元免赔，50%赔付。 | 1.5万元 |
| 3 | 门急诊 | 被保险人因疾病或意外进行门、急诊治疗所发生的符合基本医疗范围内的医疗费用，对剩余部分按100%比例给付。 | 1万元 |
| 4 | 高额住院医疗保障 | 发生的住院医疗费用、特殊门诊医疗费用、住院前7天和出院后30天内门急诊医疗费用，年免赔不超过1万元，按100%赔付。重大疾病无免赔额，100%赔付。承担既往症者为佳。 | 100万 |
| 5 | 特定医疗保险金 | 对于被保险人在医院的门、急诊医疗，康复医疗、护理、体检等发生的医疗费用，依据医疗相关发票按100%理赔。 | 2000元/年.人 |

# 其它特别约定

（1）以上保障均承担非严重的既往症导致的保险责任。对于被保险人因在我司首次投保前或新入司人员投保前发生的、未治愈的严重既往症及其并发症导致的保险责任作为除外责任。

严重既往症：恶性肿瘤、心脏病（心功能不全Ⅱ级及Ⅱ级以上）、心肌梗塞、白血病、高血压病（Ⅱ级及Ⅱ级以上）、肝硬化、慢性阻塞性支气管疾病、脑血管疾病、慢性肾脏疾病、慢性病毒性肝炎、糖尿病、系统性红斑狼疮、再生障碍性贫血、先天性疾病、未明确性质的肿块/阴影/结节、精神疾病或者精神分裂、癫痫病、法定甲乙类传染病、艾滋病、性病。

【法定传染病】：是指下列法定传染病发生流行疫情的情况：

甲类：鼠疫、霍乱及副霍乱、天花。

乙类：白喉、流行性脑脊髓膜炎、细菌性和阿米巴性痢疾、伤寒和副伤寒、病毒性肝炎、疟疾、斑疹伤寒、黑热病、流行性乙型脑炎、流行性出血热、布鲁氏菌病、钩端螺旋体病、炭疽、布鲁氏菌病。

（2）就医规定：被保险人出险后必须到二级或二级以上公立医院及重庆红楼医院、重庆红岭手足外科医院、重庆恒生手外科医院、重庆长城医院就医（急诊情况除外，紧急医疗救助可以就近就医后再转院）。

急诊情况如下：高热(成人38.5度，小儿39度以上)、急性腹痛、剧烈呕吐、严重腹泻、各种原因的休克、昏迷、癫痫发作、严重喘息、呼吸困难、急性胸痛、急性心力衰竭、严重心律失常、高血压危象、高血压脑病、脑血管意外、各种原因所致急性出血、急性泌尿道出积血、尿闭、血闭、肾绞痛、各种急性(食物或药物中毒)、各种意外（触电、溺水）、脑外伤、骨折、脱位、撕裂、灼伤、或其它急性外伤、各种有毒动物、昆虫咬伤、急性过敏性疾病、五官及呼吸道异物、食道异物、急性眼痛、红、肿、突然视力障碍者以及眼外伤。

（3）门诊和住院医疗保险承担因龋病、牙髓病、牙隐裂所引起的补牙，治牙神经、拔牙、阻生齿治疗以及牙周组织疾病，如牙周炎、牙龈炎、根周炎等治疗（含牙科治疗时必须的洁牙治疗）所发生的合理医疗费用 。

（4）其他未尽事宜以对应条款为准。

# 保险费缴纳

甲方依对应保险方案投保人数计费缴纳保费，合计保费：xxx元（大写：xxx元整），甲方或被保险单位应当在收到乙方开具全额增值税发票后十五个工作日内将全额保险费一次性划缴至乙方以下账户。乙方指定收款账户信息如下，若乙方改变收款账户信息需提前书面通知并送达甲方，否则因乙方疏忽造成的财产损失，甲方不承担任何责任，但乙方仍应按合同约定履行义务：

保费缴至收款人：xxxx公司

开 户 行：xxx

账 号：xxx

# 保全服务事项

7.1 人员加保：甲方因在职人员变动而需要增加被保险人的，须以书面或网厅形式向乙方提出申请，申请资料包括甲方加保人员名单（根据核保要求提供）。乙方对甲方所提交资料进行审核，并按新增人员短期收费标准计收受保期保险费，加保人员保险期间自甲方申请次日零时起至本协议期满日止。

7.2人员减保：甲方因员工中途离职而需要减少被保险人的，须以书面或网厅形式向乙方提出申请。乙方对离职被保险人所负的保险责任自该被保险人申请日二十四时即行终止。若离职被保险人已发生过保险金给付，乙方不退还其已发生理赔险种所缴保险费；若离职被保险人未发生过保险金给付，乙方在扣除手续费后退还其未满期保险费。

7.3 加、减保计算方式：

① 加保保费＝年保费\*经过天数/保险期间天数

② 退保金（未满期保险费）＝年保费\*未经过天数/保险期间天数

# 理赔服务事项

8.1报案（出险通知）

一旦保险事故发生，甲方、被保险人或者受益人应当在知道或应当知道事故发生之日起48小时内向乙方报案，及时将该事故发生的时间、地点、原因及其它有关情况通知保险公司，并向其他相关部门（公安、消防等）报案。报案方式为电话报案：拨打乙方全国客户服务热线。

8.2理赔时效

|  |  |
| --- | --- |
| 索赔金额 | 理赔时限 |
| 元以下赔款 | 个工作日内结案 |
| 元以上赔款 | 个工作日内结案 |

对属于保险责任的，正常案件自甲方收集齐全索赔资料交乙方并向乙方提出申请之日起，乙方视案件及索赔金额的大小在承诺的工作日内结案（节假日顺延）：

如需调查的案件或有疑问的案件，视调查情况而定，暂定为一个月结案。

8.3 理赔资料的提供

1.所有意外事故均需要提供意外事故证明（请于申请书的“保险事故经过”栏详述）；

2.所有已报公安/交警/劳动/卫生部门处理的事故需要提供相关部门的处理材料；若为交通事故，还需提供被保险人驾驶证和行驶证；

3.被保险人开户行账户名，账号，开户行明细。

4.身故保险以及在被保险人身故后提交的所有其他类型保险均需提供所有受益人身份证明、与被保险人的关系证明及所有受益人账号信息。必要时将会要求提供公证书；

5.协议约定的其他材料；

其他理赔申请必备基本资料如下：

|  |
| --- |
| （1）被保险人身份证明（身份证、护照、户口簿等复印件） |
| （2）被保险人医疗费用发票、社保结算单及费用明细清单原件 |
| （3）被保险人医疗费用发票及费用明细清单复印件 |
| （4）被保险人门诊病历及/或住院病案一套 |
| （5）被保险人病理、影像、血液或淋巴检验报告复印件 |
| （6）被保险人残疾程度鉴定书 |
| （7）被保险人死亡三证复印件（死亡证明书、户籍注销证明、火化证明） |
| （8）保险合同复印件 |
| （9）理赔申请书 |
| □身故保险： （1） （4） （7） （8） （9） |
| □残疾保险： （1） （4） （6） （8） （9） |
| □重大疾病保险： （1） （4） （5） （8） （9） |
| □住院津贴保险： （1） （3） （4） （8） （9） |
| □医疗费用报销： （1） （2） （4） （8） （9） |

# 保险金支付注意事项

9.1 乙方对保险金或生存金给付通过银行转账方式支付，投保人需事先向乙方提供投保人员清单及开户银行、银行账号、账户所有人、账号所属省份、账号所属城市、账号所属网点等相关银行账户信息，此信息需同投保人数清单盖章一并提交。

9.2若被保险人的账号信息发生变更，需提供被保险人的新账号信息，填写保全变更申请书，加盖单位公章后交由乙方办理。

9.3 对因提供错误的银行账号等信息所引起的相关责任，乙方将不予承担。

# 如实告知

10.1订立本协议时，乙方应向投保人明确说明本协议的条款内容，特别是责任免除条款，并可以就投保人和被保险人的有关情况提出书面询问，投保人、被保险人应当如实告知。

10.2被保险人故意未履行如实告知义务，乙方有权对本协议之前发生的保险事故，不负给付保险金的责任；投保人因过失未履行如实告知义务，足以影响乙方决定是否同意承保或者提高保险费的，乙方有权解除本协议，在本协议解除前发生的保险事故，乙方不负给付保险金的责任，但退还未满期保险费。

10.3乙方在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，乙方不得解除合同；发生保险事故的，乙方承担给付保险金的责任。

10.4 本条规定的合同解除权，自乙方知道有解除事由之日起，超过30日不行使而消灭。

10.5 投保人确认，在订立本协议前，乙方已经向投保人和被保险人逐条明确说明本协议的条款内容和本协议项下相关保险条款的内容（特别是涉及乙方责任免除的条款），并且对相关内容的含义进行了解释；投保人和被保险人确认在乙方告知及解释后已经了解了本协议条款以及相关保险条款的内容，且对条款内容无异议、无疑义。

# 释义

〖同一次门急诊〗：指同一被保险人在一日（0时起至24时止）内在同一所医院同一个科室就诊的门急诊。

〖同一次住院〗：同一被保险人因同一疾病或意外伤害及由此引起的并发症在同一所医院内住院，必须住院治疗两次以上时，若每次出院日期与再入院日期间隔未超过90日，乙方视为一次住院。

〖门急诊医疗费用〗：指治疗疾病或损伤而发生的合理且必要的门诊医疗费用，包括药费、治疗费、检查检验费、材料费和门诊手术费等费用。除本协议另有约定外，按当地基本医疗保险规定的标准执行。

〖住院医疗费用〗：指治疗疾病或损伤而发生的合理且必要的住院医疗费用，包括药费、治疗费、检查检验费、特殊检查治疗费等费用。除本协议另有约定外，按当地基本医疗保险规定的标准执行。

〖药费〗：指符合当地基本医疗保险药品目录用药范围内的中、西药费用。

〖治疗费〗：指以治疗疾病为目的，提供医学手段而发生的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费。

〖检查检验费〗：指以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的医疗费用，包括X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费以及肺功能仪、血、尿、便常规检查和分子生化费。

# 反商业贿赂条款

12.1 反商业贿赂条款是本合同之必备附件，与本合同具有同等法律效力，合同各方同意签订并遵守如下反商业贿赂条款的各项约定：

12.2 合同各方都清楚并愿意严格遵守《刑法》、《反不正当竞争法》、《保险法》及国家工商行政管理总局《关于禁止商业贿赂行为的暂行规定》等我国关于反商业贿赂的有关法律法规，双方都清楚任何形式的贿赂行为都可能触犯法律，并受到法律的严惩。

12.3 合同各方均不得向对方或对方人员或其他相关人员索要、收受、提供、给予合同约定外的任何利益，包括但不限于明扣、暗扣、现金、购物卡、实物、有价证券、旅游或其他非物质性利益等。

12.4 合同各方严格禁止其人员的任何商业贿赂（包括行贿、受贿以及索贿）行为。在签订、履行本合同过程中及其后如有发生本条款第2条、第3条所列示的任何一种行为，合同任一方当事人及其工作人员均有义务举报。

12.5 任一合同当事方违反本协议约定，为谋取直接或间接的商业利益（包括但不限于合作机会和合同利益）而向一方合同人员行贿的，视为该合同当事方违约。合同守约方有权解除本合同。有关人员的商业贿赂行为涉嫌犯罪的，掌握该行为线索的任何一方均可向国家有关部门检举，相关各方均应积极配合国家相关部门的处理工作。

12.6 合同双方亦反对其他合同当事人及其人员为了本合同之目的，与本合同以外的任何第三方发生本条款第3条所列示的任何一种行为。

# 反洗钱条款

13.1 甲乙双方愿意严格遵守中华人民共和国反洗钱相关法规，了解任何形式的洗钱行为都将触犯法律，并将受到法律的严惩；

13.2 乙方作为负有法定反洗钱义务的金融机构，将根据国家反洗钱法规的规定对甲方采取客户身份识别、客户身份资料及交易记录保存、大额交易及可疑交易报告等措施，对此，甲方予以充分理解并愿意配合提供乙方履行反洗钱义务所需的信息及资料；

13.3 甲方承诺保险费来源为合法所得、本次投保无非法目的；

13.4 甲方承诺本次参保人员中不存在中国政府公布的恐怖分子、红色通缉令人员、外国政要；

13.5 乙方对依法履行反洗钱职责或者义务获得客户身份资料和交易信息予以保密。

# 附则

14.1 协议内容如有与条款规定相冲突之处，以本协议为准；本协议之未尽事宜，以条款为准。

14.2 协议履行过程中，有未尽事宜，双方应及时协商，达成补充协议后共同执行。

14.3 协议一经订立，协议双方须严格按照协议执行，违反的一方应承担违约责任，违约方须赔偿由此给对方造成的损失。

14.4 协议如遇国家正式发布的相关政策及法律、法规发生变化，对协议的执行发生重大影响，致使本协议的目的难以达到时，双方须以国家政策、法律、法规为准，可以对本协议进行修改以保证协议的继续有效履行。

14.5 协议履行过程中，双方发生争议或纠纷时，应及时协商解决，协商解决不成的，双方均有权提交被保险人所在地人民法院诉讼解决。

14.6 甲乙双方应对其在本条载明提供的联系地址的有效性、真实性负责，该联系地址即为双方接受通知（本合同任何通知均应以书面形式送达）、函件等文件及争议进入民事诉讼后一切程序（一审、二审、再审和执行）诉讼文书的送达地址；按照该联系地址送达的，无人签收、拒绝签收或因其下落不明未签收被退回的，视为当事人签收，不影响送达的效力。任何一方变更该联系地址的，应于变更后三日内以书面形式通知合同相对方；未按约定变更的，其在本合同中提供的联系地址仍为有效送达地址。任何一方没有填写以上通知地址及方式，则以“国家企业信用信息公示系统”平台上登记的注册地为准。

甲方：

联系人：

联系地址：

电话：

邮箱：

乙方：

联系人：

联系地址：

电话：

邮箱：

14.7协议一式两份，双方各执壹份，具有同等法律效力；本协议经双方授权代表签字、加盖公章并在投保人缴纳首期保费后生效。

（以下无正文）

甲方公司签章： 乙方公司签章：

代表签字： 代表签字：

签署日期： 签署日期：

第五章 应选文件格式

**（项目名称）**

**应 选 文 件**

**应选人： 　　　　 　　（盖单位公章）**

**法定代表人或其委托代理人：　 　（签字或盖章）**

**年　月　日**

（一）应选人须提交的材料目录：

1. 应选函及报价函

2. 应选人有效营业执照（复印件）

3. 法定代表人身份证明书及法人授权委托书

4. 资格审查资料

5. 评选办法中要求提供的资料

6. 应选人认为需要提交的其他材料

1.应选函及报价函

应 选 函

致：重庆市上桥粮食中转库有限责任公司

一、我公司，决定参加重庆市上桥粮食中转库有限责任公司补充医疗保险项目的比选。

二、我公司承诺，在评比过程中获知的贵司补充医疗保险相关资料，仅限于本次参选所用，不会用于任何与本次项目无关的用途。

三、我公司承诺，向贵司以及评审小组提供的所有材料内容真实、准确，没有任何虚假、误导性陈述和记载，没有故意隐瞒与选择企业补充医疗保险有关的重要事实。如承诺不实，我公司自动放弃参选资格，并赔偿由此给贵司或贵司补充医疗保险造成的任何损失或费用。

四、我公司完全理解，贵方有权选择任何一家应选人。

五、我司承诺我司：

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材料资源、售后保障等能力；

4.有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

5.参加本次比选活动近三年内，在经营活动中没有重大违法记录。六、我司承诺中标后需配备充足、稳定、高素质的项目经理和专业团队，并在合同期内保持相对稳定，确保能够提供专业、高效的保险理赔服务。

七、我司承诺近三年内无违反执业道德和违法执业行为。

八、我司承诺我司在2021年1月1日至今，我司满足以下信誉要求：

（1）无重要毁约、无故弃标的不良记录；

（2）无重大质量事故、安全事故记录；

（3）没有过以他人名义投标或以其他方式弄虚作假，骗取中选行为；

（4）未被责令停业或在破产状态的；

（5）财产未被重组、接管、查封、扣押或冻结的；

（6）未被最高人民法院在“信用中国”网站或各级信用信息共享平台中列入失信被执行人名单；

（7）我司或其法定代表人、拟委任的项目负责人无行贿犯罪行为。

九、我公司向贵方承诺以上条款自签署之日起生效。

应选单位： （填写单位名称并盖单位鲜章）

法定代表人或者委托代理人： （签字）

2024年 月 日

报 价 函

重庆市上桥粮食中转库有限责任公司：

我方已仔细研究了重庆市上桥粮食中转库有限责任公司补充医疗保险项目比选文件的全部内容，我方总报价为 元/年，其中团体商业险报价为 元/人/年，特定医疗保险金基数为 元/人.年，医疗保险金管理费 %。服务期为一年 （具体服务时间为2024年1月1日-2024年12月31日），一年到期后比选人根据中选人服务情况选择是否续签，本项目最多可续签两次。在服务期限内，比选人有权对每年度项目明细、服务期限进行适当调整或终止合同关系。我方愿承担并完成比选文件及合同中要求的工作，并以优质的服务在比选人规定的时期内完成全部工作，在工作过程中，接受比选人的监督、指导，对项目资料严格保密。

应选单位： （填写单位名称并盖单位鲜章）

法定代表人或者委托代理人： （签字）

2024年 月 日

**附件一：职工团体补充医疗保险项目明细及报价表（详见附件）**

2.应选人有效营业执照（复印件）

3.法定代表人身份证明书及法人授权委托书

（3-1）法定代表人身份证明书（格式）

申请人名称：

单位性质：

地 址：

成立时间： 年 月 日

经营期限：

姓名： （签字） 性别： 年龄： 职务：

系： （申请人名称）的法定代表人。

特此证明。

申请人： （盖单位公章）

年 月 日

|  |
| --- |
| （法定代表人身份证双面复印件或扫描件） |

本人 （姓名）系 （应选人名称）的法定代表人，现委托 （姓名）为我方代理人。代理人根据授权，以我方名义签署、澄清、说明、补正、递交、撤回、修改 （项目名称）比选事宜、签订合同和处理有关事宜（向有关行政监督部门投诉另行授权），其法律后果由我方承担。

委托期限：自本授权委托书签署之日起至本项目比选文件规定的“比选有效期”结束为止。

代理人无转委托权。

|  |
| --- |
| （法定代表人身份证双面复印件或扫描件） |

|  |
| --- |
| （被授权代表人身份证双面复印件或扫描件） |

委托代理人： （签字） 性别： 年龄：

身份证号码： 职务：

应选人： （应选人全称）（盖章）

法定代表人： （签字）

授权委托日期： 年 月 日

4.资格审查资料

注：应选人按照第二章应选人须知应选人资质条件、能力和信誉要求提供。

5. 评选办法中要求提供的资料

注：应选人按照第三章评选办法的要求提供。

6.应选人需要提交的其他材料

单位简介及应选人需要提供的其他证明材料