

вул. Бульварно-Кудрявська, 24, 01054, м. Київ, Україна

Тел.: 044 490 5485

Факс: 044 490 5489

info@aph.org.ua | www.aph.org.ua

**Специфікація**

**до тендера про надання послуг з добровільного медичного страхування**

МБФ «Альянс громадського здоров’я» (далі Альянс) - провідна професійна організація, що у співпраці з ключовими громадськими організаціями, Міністерством охорони здоров‘я та іншими урядовими органами веде боротьбу із низкою епідемій, у т.ч. ВІЛ/СНІД і ТБ в Україні, керує профілактичними програмами та надає якісну технічну підтримку та фінансові ресурси організаціям на місцях. Місією Альянсу є зниження розповсюдження інфекцій та смертності і зменшення негативного впливу епідемій шляхом підтримки громадської протидії ним в Україні, а також шляхом поширення ефективних підходів до профілактики й лікування у Східній Європі та Центральній Азії.

1. **Мета та предмет тендеру:**

* Метою тендеру є страхове медичне обслуговування.
* Предметом тендеру є тендерна заявка та інші документи, форма та зміст яких мають відповідати умовам, викладеним у цьому оголошенні та документації з подання і розгляду заявок.

1. **Опис послуги. Умови оплати.**
   1. Надання страхових послуг на всій території України.

*Програми страхування не мають містити обмежень або особливих умов відносно груп ризику, дітей та осіб похилого віку.*

*Шановні учасники тендеру, якщо умови страхування для вищезазначених категорій відрізняються від загальних, просимо вказати ці умови в* ***Додатку № 5.*** *Але зверніть увагу, всі категорії мають бути застраховані*.

* 1. Програми страхування, що будуть пропонуватися на вибір співробітників:
* Програма «Еліт».
* Програма «Стандарт». Програма «Стандарт» має включати страхування співробітника плюс члени сім’ї такого співробітника, без додаткової сплати страхового платежу (сума страхової премії – 0 грн.). Максимальна кількість членів сім’ї, що можуть бути застраховані за програмою – 2 особи.

*Для інформації: станом на 1 листопада 2024 року кількість застрахованих осіб складає  160 осіб (загальна кількість 260 осіб, включаючи 100 осіб члени сімей). Вік до 85 років (включно).*

*Більшість ЗО знаходяться в Києві та Київська область, але СК повинна мати покриття по всім великим містам України (для ЗО, які знаходяться не в Києві).*

* 1. Альянс залишає за собою право збільшити або зменшити обсяг закупівлі у межах 20% від обсягу, вказаного у специфікації*.*
  2. Перелік бонусних послуг має включати можливість страхування членів сімей співробітників за власний кошт по тарифам організації за програмами Еліт та/або «Стандарт».
  3. Перелік медичних закладів, що надаватимуть послуги, має бути однаковим за всіма програмами, та обов’язково включати комерційні та брендові клініки.
  4. Договір ДМС повинен передбачати можливість включення у список медичних закладів, запропонованих застрахованою особою та погоджених Замовником (для всіх програм).
  5. Договір ДМС повинен передбачати можливість відшкодування застрахованій особі самостійно витрачених коштів з чітко визначеним строком відшкодування (для всіх програм).
  6. Умови ДМС повинні передбачати можливість страхування третіх осіб на умовах основного договору.
  7. В договорі ДМС по програмі страхування «Еліт» повинна бути відсутня франшиза на комерційні медичні заклади високого класу, які входять до списку, та на послуги програми страхової компанії.
  8. В договорі ДМС по програмі страхування «Стандарт» повинна бути відсутня франшиза на частину комерційних медичних закладів, які входять до списку, та на послуги програми страхової компанії.
  9. Стаціонарне лікування – не менше 10 днів (в рамках страхової суми на застраховану особу) для всіх програм.
  10. Амбулаторно-поліклінічне лікування, в т.ч. Ковід-19, – без лімітів (в рамках страхової суми на застраховану особу) для всіх програм.
  11. Забезпечення медикаментами та медичними матеріалами за призначенням лікаря при амбулаторному та стаціонарному лікуванні та їх доставку без лімітів (в рамках страхової суми на застраховану особу) для всіх програм.
  12. Невідкладна допомога – без лімітів (в рамках страхової суми на застраховану особу) для всіх програм.
  13. Стоматологічна допомога (екстрена/ планова) – допускається ліміт по програмах, але не менше 6000 грн. для програми «Еліт» і для програми «Стандарт» не менше ніж 6000 грн.
  14. Програми лікування повинні включати лікування шийного та грудного остеохондрозу.
  15. Виключення зі страхових випадків повинні містити чіткий перелік медикаментів або груп медикаментів, що не покриваються програмами.
  16. Страхова сума по програмі «Еліт» повинна бути не менше 250 000 грн. на застраховану особу, та не менше 200 000 грн. на застраховану особу по програмі «Стандарт».
  17. Додаткові бонусні програми страхування повинні включати в себе (але цим не обмежуються):
* Організацію та поповнення офісної аптечки – не менше 2 разів на рік (ліміт поповнення не менше 10000,00 грн./рік);
* Доставка ліків для програм «Еліт» та «Стандарт»;
* Вакцинацію від грипу\*;
* Вітамінізацію не менше 400 грн на кожну застраховану особу**\***;
* Діагностику ІПСШ та курс лікування не менше 30 днів на рік\*;
* Профілактичний медичний огляд по обом програмам за бажанням застрахованої особи\* (не менше 1 разу на рік);
* Діагностика та лікування кандидозів статевої сфери\*;
* Діагностика та лікування офтальмологічних захворювань\* (комплексне обстеження, профілактична процедура);
* Програми страхування на випадок виникнення\*: туберкульозу, онкологічного захворювання, цукрового діабету, доброякісної пухлини;
* лікувальний масаж (або мануальна терапія) однієї зони тіла курсом до 10 процедур\*;
* Профілактика комп’ютерного синдрому\*;
* Розширене медикаментозне забезпечення\*;
* Забезпечення пробіотиками\*;
* Виклик лікаря додому\* (при наявності такої послуги в ЛПУ з Переліку Страховика) до місця проживання ЗО. в т.ч. 50-км;
* Патронаж вагітних (ліміт 3 випадки для співробітників на період дії договору) ;
* Стаціонарна допомога при лікуванні COVID-19. Ліміт не менше 10 000 грн./рік для програми «Стандарт», та не менше 12 000 грн./рік для програми «Еліт»;
* Діагностика та лікування станів та захворювань, забезпечення медикаментами, надання послуг, що є виключенням із страхових випадків, або не входять до програми страхування\*, корпоративний ліміт не менше 135 000 грн./рік.
* Лікування захворювань та травм, отриманих внаслідок військових бойових дій\* , ліміт 10 000 грн. Загальний ліміт за опцією не менше 150 000 грн./рік;
* Медичні витрати та страхування на період від’їзду за кордон з включенням Ковід. Ліміт перебування 30 днів. Для 7-ми осіб, застрахованих по програмі «Еліт» та для 3-х осіб, застрахованих по програмі «Стандарт» ліміт перебування за кордоном становить 1 рік .

**\**на кожну застраховану особу (включаючи членів сімей, які застраховані)***

* 1. Призначення лікаря-координатора, що координує надання послуг застрахованим особам.

1. Тендер проводиться на надання послуг протягом 2 років, при цьому:

* тендерна заявка учасника має містити розрахунки вартості на 1 рік надання послуг, з можливістю поквартальної / піврічної оплати;
* договір з переможцем тендеру укладається на 1 рік;
  1. за результатами співпраці протягом 1 року надання послуг:
* Організатор тендеру має право відмовитися від продовження договору на 2-й рік;
* у випадку продовження договору на 2-й рік, умови такого договору не мають погіршуватись.

1. **Умови оплати:** бажані умови оплати на піврічній основі. У **Додатку №5** кожному учаснику пропонується прописати умови оплати.
2. **Вимоги до кваліфікаційних характеристик учасників тендеру на надання вищезазначених послуг.**

* Юридична особа за законодавством України.
* Досвід роботи в сфері медичного страхування не менше 10 років, надання страхових послуг з добровільного медичного обслуговування корпоративних клієнтів, підтверджений документально.
* Наявність ліцензії на здійснення відповідного виду страхування.
* Наявність асистанс-служби, яка надає послуги на всій території України.

1. **Ключові критерії оцінки тендерних Заявок:**

*Подані учасниками тендеру пропозиції будуть в подальшому оцінені щодо їх відповідності наступним критеріям:*

* Підтверджений досвід у сфері добровільного медичного страхування.
* Вартість послуги.
* Перелік клінік комерційних та брендових (кількість), без франшизи для пакету «Еліт» та «Стандарт».
* Перелік (кількість) відомчих клінік .
* Забезпечення медикаментами та медичними матеріалами за призначенням лікаря при амбулаторному та стаціонарному лікуванні та їх доставку без лімітів (в рамках страхової суми на застраховану особу).
* Розмір страхової суми по програмі.
* Розмір стоматологічної допомоги.
* Стаціонарне лікування без лімітів ( в рамках страхової суми на застраховану особу).
* Амбулаторно-поліклінічне лікування, в т. ч. Ковід, без лімітів (в рамках страхової суми на застраховану особу).
* Лікування шийного та грудного остеохондрозу.
* Структура страхового портфелю.
* Рівень виплат у відношенні до отриманої страхової премії.
* Наявність власної асистанс-служби та призначення відповідального лікаря-координатора.
* Наявність та обсяг бонусних програм та програм лояльності.
* Умови оплати.

**\* *Для компаній, які наберуть максимальну кількість балів буде проведена додаткова оцінка якості репутаційного показника****.*

1. **Перелік документів, які мають бути надані:**

* Детальна тендерна пропозиція за програмами «Еліт» та «Стандарт» добровільного медичного страхування.
* Копії реєстраційних документів (свідоцтво про державну реєстрацію, свідоцтво платника податків).
* Ліцензія на здійснення відповідного виду страхування (копія).
* Підтвердження наявності відповідного досвіду в сфері надання даної послуги (перелік клієнтів з зазначенням контактів, рекомендаційні листи – не менше 3-х).
* Правила добровільного медичного страхування (копія).
* Перелік медичних установ, що надаватимуть послуги за програмами страхування, та з якими укладено договори учасником тендеру (по всій території України).
* Проект договору добровільного медичного страхування в тому числі список обмежень та виключень із страхових випадків по ризиковому компоненту програм.
* Заповнені та підписані Додатки №1-5 до Специфікації. (додатки №4 та №5 просимо також надати у форматі Word).
* Будь-які інші документи, що, на Вашу думку, можуть бути корисними у прийнятті рішення.

1. **Вимоги до підготовки тендерних Заявок:**

*Будь ласка, подбайте про належну структуру вашої тендерної пропозиції:*

* Документи мають бути складені згідно переліку, зазначеному у п. 7 даної Специфікації;
* Тендерна пропозиція повинна містити зміст із переліком всіх наданих документів;
* Всі документи, складені не українською, англійською або російською мовами, повинні обов'язково мати переклад на одну із зазначених мов;
* Скановані копії кожного документа повинні бути завірені підписом та печаткою;
* Пропозиції повинні надсилатись **в запаролених ZIP архівах** на окрему електрону скриньку [**tenders@aph.org.ua**](mailto:tenders@aph.org.ua) **(виправлено!)**

В листі вказати:

|  |
| --- |
| ПРОПОЗИЦІЯ НА ТЕНДЕР  Від ТОВ «\_\_\_\_\_\_\_\_\_»  **на надання послуг з добровільного медичного страхування**  **НЕ РОЗКРИВАТИ до 13:00, 10.12.2024 року** |

Паралельно з пропозицією відправити повідомлення на електрону адресу: [burlai@aph.org.ua](mailto:burlai@aph.org.ua) вказавши наступне:

* назва компанії\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* ПІП контактної особи, та номер телефону;

далі текст:

* надіслав цінову пропозицію на тендер про надання послуг з добровільного медичного страхування \_\_\_\_\_\_(число) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(місяць) 20\_\_\_\_\_\_(рік), об \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_. (годині).

**Додаток №1**

**до Специфікації по тендеру про надання послуг з добровільного медичного страхування**

**ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ ПРО СТРАХОВУ КОМПАНІЮ**

1. Повна назва страхової компанії \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Дата заснування \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Контактна особа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_е-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Юридична адреса компанії\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Фактична адреса компанії \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Кількість філій (представництв) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Свідоцтво платника податку\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
9. Банківські реквізити\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
10. Ліцензії \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
11. Основні види страхування (вказати до трьох) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
12. Основні компанії - перестрахувальники \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
13. Найбільші страхувальники за договорами добровільного медичного страхування за 2022-2024рр.:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Назва страхувальника | Кількість застрахованих осіб | Контактна особа страхувальника  (ПІБ, посада) | Телефон контактної особи страхувальника |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

1. Інша додаткова інформація \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20... р.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*[підпис] [що виступає у якості]*

*Що має належні повноваження на підписання Заявки від імені та за дорученням.*

**Додаток №2**

**до Специфікації по тендеру про надання послуг з добровільного медичного страхування**

*Просимо ВАС ознайомтесь з текстом форми та передайте її у заповненому вигляді до організатора тендеру.*

***До МБФ «Альянс громадського здоров’я»***

Шановні пані і панове,

Наша компанія підтверджує, що отримала тендерну документацію від організатора тендеру в складі оголошення про проведення тендеру, специфікації і додатків до неї. Після того, як ми уважно і ретельно ознайомилися з цією тендерною документацією, ми пропонуємо виготовити та поставити зазначені товари (*перелік*) у повній відповідності з вимогами зазначеної тендерної документації за цінами, вказаними в нашій тендерній пропозиції, що міститься в додатках.

Ми зобов’язуємося, в разі якщо пропозиція нашої компанії буде визнана переможною, надати зазначені товари у відповідності до умов, визначених тендерною документацією.

Надаючи для розгляду нашу тендерну пропозицію, ми погоджуємося з терміном дії нашої пропозиції, визначеним оголошенням про проведення тендеру і гарантуємо, що наша компанія зобов’язується виконати запропоноване нами в будь-який час до того моменту, як спливе зазначений термін дії тендерної пропозиції.

До того моменту, коли договір про надання вищезазначених послуг буде укладений і виконаний всіма сторонами, ця тендерна пропозиція разом з офіційним підтвердженням МБФ «Альянс громадського здоров’я» про отримання нашої пропозиції і повідомленням про обраного переможця (переможців) тендеру вважаються зобов’язуючою обидві сторони угодою.

Ми розуміємо, що МБФ «Альянс громадського здоров’я» не є зобов’язаним визнати переможною в цьому тендері найдешевшу з економічної точки зору або будь-яку з отриманих тендерних пропозицій.

Ми підтверджуємо, що наша компанія з юридичної і організаційної точок зору спроможна виконати взяті на себе поданням цієї тендерної пропозиції зобов’язання.

Підписано мною, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

що обіймає посаду \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(керівник підприємства)

від імені компанії \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_ (число) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (місяць) 20\_\_\_\_\_\_\_\_ (рік).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис)

**Додаток №3**

**до Специфікації по тендеру про надання послуг з добровільного медичного страхування**

На підставі статті 650-1 Цивільного кодексу України, підписанням цієї форми ми підтверджуємо наступні запевнення, які мають значення для укладення договору з МБФ «Альянс громадського здоров’я»:

1. Товариство (юридична особа, яка подає цей та інші документи для участі у тендері, зазначена нижче), будь-який з його директорів (членів ради директорів), учасників Товариства, його кінцевий бенефіціарний власник/власники, його посадові особи або працівники Товариства, або будь-який агент, афілійована чи інша особа, що діє від імені Товариства, в даний час не є суб’єктом санкції США, якими керує Управління контролю за іноземними активами Міністерства фінансів США або Державного департаменту США, Ради Безпеки Організації Об’єднаних Націй, Європейського Союзу, Казначейства Її Величності Сполученого Королівства або іншого уповноваженого санкційного органу.
2. Товариство, та/або учасник Товариства, та/або кінцевий бенефіціарний власник Товариства не внесені до списку санкцій Ради національної безпеки і оборони України (відповідно до статті 5 Закону України “Про санкції”).
3. Щодо товарів, послуг та/або робіт Товариства не застосовано персональні спеціальні економічні та інші обмежувальні заходи (санкції) відповідно до статті 5 Закону України “Про санкції”.

# Склад кінцевих бенефіціарних власників учасника тендеру

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Назва організації/ ПІП фізичної особи** | **Реєстраційний код / паспортні дані** | **Адреса реєстрації** | **Громадянство** | **Чи значиться організація/ людина в санкційних списках США, Євросоюзу, України.** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

# *[підпис] [посада]*

Уповноважений підписати комерційну пропозицію для та від імені:

*[назва компанії]*

# *Печатка компанії*

**Додаток №4**

**до Специфікації по тендеру про надання послуг з добровільного медичного страхування**

**Форма для аналізу основних показників страхової компанії**

|  |  |
| --- | --- |
| **Критерій** | **Показник** |
| Власний капітал станом на 30 червня 2024 року, тис. грн. |  |
| Статутний капітал станом на 30 червня 2024 року, тис. грн. |  |
| Загальна сума страхових платежів за всіма видами страхування за 1 рік станом на 30 червня 2024 року, тис. грн. |  |
| Загальна сума страхових виплат за всіма видами страхування за 1 рік станом на 30 червня 2024 року, тис. грн. |  |
| Активи станом на 30 червня 2024 року, тис. грн. |  |
| Страхові резерви станом на 30 червня 2024 року, тис. грн. |  |
| Відсоток, що займає добровільне медичне страхування в загальному портфелі страхових послуг компанії, % |  |
| Розмір зібраних премій за програмами добровільного медичного страхування за 1 рік станом на 30 червня 2024 року, грн. |  |
| Розмір здійснених платежів за програмами добровільного медичного страхування за 1 рік станом на 30 червня 2024 року, грн. |  |
| Співвідношення зібраних страхових премій до здійснених платежів за 1 рік станом на 30 червня 2024 року, % |  |
| Розмір нормативних витрат на ведення справи |  |
| Кількість клінік у м. Києві, з якими укладено договори (основні клініки, в яких обслуговується більшість застрахованих осіб) |  |
| Кількість працівників страхової компанії |  |
| Кількість працівників власної асистанс-служби |  |
| Назва та кількість працівників асистанс-служб/и, з якими/ою укладено договір |  |
| Кількість страхових кабінетів в лікарнях на всій території України |  |
| Кількість міст України, де присутня асистанс-служба (лікарі-координатори) |  |
| Кількість клієнтів - юридичних осіб, з якими укладено договори добровільного медичного страхування станом на 30 червня 2024 р. |  |
| Кількість застрахованих осіб за всіма договорами добровільного медичного страхування станом на 30 червня 2024 р. |  |
| Співвідношення кількості працівників асистанс-служби до загальної кількості застрахованих осіб |  |

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20... р.

*[підпис] [що виступає у якості]*

**Додаток №5**

**до Специфікації по тендеру про надання послуг з добровільного медичного страхування**

# Цінова пропозиція

*Будь ласка, заповніть таблиці нижче:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Цінова пропозиція та її склад** | | **НАЗВА СК**  **(вказати)** |
| Досвід роботи в сфері медичного страхування | років |  |
| Наявність ліцензії на здійснення відповідного виду страхування | так/ні |  |
| Наявність власної асистанс-служби | так/ні |  |
| Співвідношення кількості працівників асистанс-служби до загальної кількості застрахованих осіб |  |  |
| Можливість до страхування близьких родичів за власний рахунок | так/ні |  |
|  |  |  |
| **Розмір страхової суми по програмі «Еліт»** | не менше 250 000 |  |
| **Розмір страхової суми по програмі «Стандарт»** | не менше 200 000 |  |
| **Страхова премія по програмі «Еліт» (без урахування** страхування на період від’їзду за кордон **та без індивідуального ліміту 2500 грн. на виключення)** | грн. без ПДВ |  |
| **Страхова премія по програмі «Стандарт» (без урахування** страхування на період від’їзду за кордон **та без індивідуального ліміту 2500 грн. на виключення)** | грн. без ПДВ |  |
| **Індивідуальний ліміт на виключення 2500 грн.** **по програмі «Еліт»** *(вкажіть яку суму додати до «Страхова премія по програмі «Еліт», або загальну вартість програми з урахуванням даного ліміта, якщо Альянсом буде обраний цей варіант)* | Грн. без ПДВ |  |
| **Індивідуальний ліміт на виключення 2500 грн.** **по програмі «Стандарт»** (*вкажіть яку суму додати до «Страхова премія по програмі «Стандарт», або загальну вартість програми з урахуванням даного ліміта, якщо Альянсом буде обраний цей варіант)* | Грн. без ПДВ |  |
| Страхування членів сімей співробітників за власний кошт по тарифам організації за програмами «Еліт» та/або «Стандарт» (пропишіть вартість та протягом якого часу діє ця опція) | Грн. без ПДВ |  |
| Кількість клінік комерційних та брендових (комерційні клініки високого класу без франшизи для пакету «Еліт») по Києву. *(Перелік медичних закладів, що надаватимуть послуги, має бути однаковим за всіма програмами)* | Шт. |  |
| Кількість клінік комерційних та брендових (комерційні клініки високого класу без франшизи для пакету «Стандарт») по Україні. | Шт. |  |
| Кількість відомчих клінік по Києву | Шт. |  |
| **Забезпечення медикаментами** та медичними матеріалами за призначенням лікаря при амбулаторному та стаціонарному лікуванні та їх доставку без лімітів *(в рамках страхової суми на застраховану особу)* «Стандарт» та «Еліт». | так/ні |  |
| **Стаціонарне лікування** без лімітів ( *в рамках страхової суми на застраховану особу*) не менше 10 днів та не менше 1 разу на рік «Стандарт» та «Еліт» | так/ні |  |
| **Амбулаторно-поліклінічне лікування**(*в рамках страхової суми на застраховану особу*) «Стандарт» та «Еліт» | так/ні |  |
| **Невідкладна допомога** – без лімітів *(в рамках страхової суми на застраховану особу*) для всіх програм. | так/ні |  |
| Стоматологічна допомога (для пакету «Еліт») | грн |  |
| Стоматологічна допомога (для пакету «Стандарт») | грн |  |
| Додаткові бонусні програми страхування повинні включати в себе (але цим не обмежуються):   * Організацію та поповнення офісної аптечки – не менше 2 разів на рік (ліміт поповнення не менше 10000,00 грн./рік); * Доставка ліків для програм «Еліт» та «Стандарт»; * Вакцинацію від грипу; * Вітамінізацію не менше 400 грн. на кожну застраховану особу; * Діагностику ІПСШ та курс лікування не менше 30 днів на рік; * Профілактичний медичний огляд по обом програмам за бажанням застрахованої особи (не менше 1 разу на рік); * Діагностика та лікування кандидозів статевої сфери; * Діагностика та лікування офтальмологічних захворювань (комплексне обстеження, профілактична процедура); * Програми страхування на випадок виникнення: туберкульозу, онкологічного захворювання, цукрового діабету, доброякісної пухлини. * Лікувальний масаж (або мануальна терапія) однієї зони тіла курсом до 10 процедур. * Профілактика комп’ютерного синдрому * Розширене медикаментозне забезпечення * Забезпечення пробіотиками * Виклик лікаря додому (при наявності такої послуги в ЛПУ з Переліку Страховика) до місця проживання ЗО. в т.ч. 50-км. * Патронаж вагітних (ліміт 3 випадки для співробітників на період дії договору) * Стаціонарна допомога при лікуванні COVID-19 (ліміт не менше 10 000 грн./рік для програми Стандарт та не менше 12 000 грн./рік для програми Еліт) * Діагностика та лікування станів та захворювань, забезпечення медикаментами, надання послуг, що є виключенням із страхових випадків, або не входять до програми страхування (корпоративний ліміт не менше 135 000 грн./рік) * Лікування захворювань та травм, отриманих внаслідок військових бойових дій (ліміт 10 000 грн.). Загальний ліміт за опцією не менше 150 000 грн./рік. | вказати які пункти є та ліміти |  |
| Вказати умови страхування співробітників старше 65 років (якщо вони відрізняються від застрахованих віком до 65 років) |  |  |
| Вказати умови страхування родичів старше 60 років (якщо вони відрізняються від застрахованих віком до 60 років) |  |  |
| Вказати умови страхування дітей до 18 років (якщо вони відрізняються від загальних уомв) |  |  |
| Вказати умови страхування відносно ризикових груп (якщо вони відрізняються від загальних умов) |  |  |

**Інформація щодо послуги в наступних медичних закладах у м. Києві:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Медична установа** | **Франшиза «Стандарт» %** | **Франшиза «Еліт» %** |
| «Адоніс» |  |  |
| «Хелсі Енд Хеппі» |  |  |
| «Добробут”» |  |  |

**Інформація щодо страхування на період від’їзду за кордон:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Медичні витрати та страхування на період від’їзду за кордон (з включенням Ковід):   1. Амбулаторна, невідкладна та стаціонарна допомога, при невідкладних станах. 2. Невідкладна стоматологічна допомога у ліміті 100 євро. 3. Транспортування та медична евакуація за показами. 4. Страхова сума за програмою 30 000 євро | | |
| На всіх застрахованих: Покриття: Європа. Ліміт перебування 30 днів. | вказати вартість на 1 особу, яка буде додана до вартості пакету |  |
| Додатково: Для 7-ми осіб, застрахованих по програмі «Еліт» та для 3-х осіб, застрахованих по програмі «Стандарт»: Покриття: весь світ. Ліміт перебування за кордоном становить 1 рік. | вказати вартість на 1 особу, яка буде додана до вартості пакету |  |

**Умови оплати:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ зазначити

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20... р.

*[підпис] [що виступає у якості]*

Що має належні повноваження на підписання Заявки від імені та за дорученням.