

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 покращення здоров’я та якості життя найбільш неблагополучних громад шляхом розробки та впровадження передових ефективних заходів у сфері громадського здоров’я та кризового реагування, побудованих на принципах людиноцентризму, інклюзивності, дотримання прав людини та сталого розвитку.

Ця закупівля здійснюється у межах виконання всіх донорських програм та проєктів, які виконує Альянс в рамках своєї основної діяльності.

|  |  |
| --- | --- |
| **Опис послуги:** | Добровільне медичне страхування осіб (далі – застраховані особи або ЗО), які є працівниками Альянсу. |
| **Предмет тендеру:** | Предметом тендеру є тендерна пропозиція та інші документи, форма та зміст яких мають відповідати умовам, викладеним у Специфікації. |
| **Опис окремої частини (частин) предмета Відбору (лота), щодо якої можуть бути подані тендерні пропозиції:** | Закупівля на лоти не поділяється. Учасник зобов’язаний надати тендерну пропозицію щодо предмету закупівлі в цілому (умови по ДМС та ВЗК). |
| **Супровід** | Згідно з Брокерською угодою №001/25 від 01.11.2025 адміністративний та медичний супровід договору медичного страхування буде відбуватися за участі ТОВ «СТРАХОВИЙ БРОКЕР «ІНШУРЕНС СПЕЙС», код ЄДРПОУ 45719606. |
| **Місце, кількість (обсяг надання послуг):** | 1. Місце: уся територія України (основна концентрація ЗО), міста України: Київ, Харків, Одеса, Львів, Рівне, Луцьк, Івано-Франківськ; 2. Орієнтовна кількість осіб до страхування: 125 (60 штатних працівників та 65 ФОП); 3. Альянс залишає за собою право збільшити або зменшити обсяг закупівлі у межах 20% від обсягу, вказаного у специфікації |
| **Термін надання послуг:** | 1. Бажаний термін надання послуг: **січень 2026 року**. 2. Договір з переможцем тендеру укладається на 1 рік |
| **Умови оплати:** | 1. Тендерні комерційні пропозиції мають бути дійсними без змін до початку дії Договору ДМС. 2. Тендерна пропозиція учасника має містити розрахунки вартості на 1 рік надання послуг, з можливістю піврічної оплати; 3. Ціни повинні бути надані в гривні України; 4. Договір про надання послуг буде укладено і платежі будуть виконані у гривнях України. 5. Кожному учаснику пропонується прописати умови оплати у **Додатку № 6.** |
| **Організаційні вимоги:** | До участі в тендері запрошуються юридичні особи, що зареєстровані за законодавством України. |

1. **Вимоги до страховика:**
   1. Досвід роботи в сфері надання страхових послуг з добровільного медичного обслуговування корпоративних клієнтів не менше 10 років.
   2. Договір ДМС повинен передбачати можливість відшкодування застрахованій особі самостійно витрачених коштів з чітко визначеним строком відшкодування;
   3. Страхування співробітників у віковій категорії 65+ років (2 особи) має бути на загальних умовах, без застосування додаткових коефіцієнтів.
   4. Умови ДМС повинні передбачати можливість страхування Родичів за окремими програмами за власний кошт працівників;
   5. У договорі ДМС по програмі страхування «Престиж» повинна бути відсутня франшиза на комерційні медичні заклади високого класу, які входять до списку, та на послуги програми страхової компанії;
   6. Програма страхування (Додаток №4) має мати перевагу над Списком винятків Страховика (учасника закупівлі).
   7. Винятки зі страхових випадків повинні містити чіткий перелік медикаментів або груп медикаментів, що не покриваються програмами;
   8. Страховик після укладання договору забезпечує можливість обслуговування ЗО у клініках згідно з технічними вимогами, запропонованим Страхувальником, аптеках та загально профільних або спеціалізованих медичних закладах.
   9. Медичні послуги (в межах програми добровільного медичного страхування) повинні відповідати вимогам медичної доцільності та критеріям належної якості. При виникненні претензій ЗО у випадку несприятливих наслідків діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів (включаючи ін’єкції ліків), які пов’язані з лікуванням, що здійснювалось з приводу страхового випадку, Страховик повинен врегулювати їх на користь інтересів ЗО, якщо при цьому не порушено умови Договору страхування
   10. Організація медичної допомоги, медичних послуг, контроль їх якості та супровід застрахованих осіб на всій території України здійснюється власним Медичним асистансом Учасника (далі – МАУ) або аутсорсинговим Медичним асистансом Учасника. У такому разі Учасник має надати Договір про співпрацю (відкриту інформацію) з аутсорсинговим МАУ.
   11. ЗО має мати доступ цілодобового звернення до диспетчерського пункту МАУ для організації надання невідкладної медичної допомоги та організації планових послуг при наявності таких послуг в ЛПЗ;
   12. Прийняття звернень застрахованих осіб **виключно персоналом з медичною освітою та досвідом роботи в медичних закладах та МАУ**;
   13. Лікарі-координатори МАУ організовують надання медичної допомоги та медичних послуг ЗО Замовника та контролюють їх виконання;
   14. Здійснення консультативно-організаційного супроводу Застрахованої особи або застрахованого члена сім’ї лікарем-координатором Страховика в телефонному режимі 24/7 згідно з програмою страхування;
   15. Наявність мобільного додатку та електронного страхового полісу.
2. **Основні вимоги до надання послуг, «Програми страхування», Додаток № 4.**

* Повна відповідність послуг зазначених у програмі страхування.
* Страхова сума по програмі «Престиж» повинна бути не менше 350 000 грн. на застраховану особу.
* Кожен застрахований працівник протягом 30 днів з початку свого страхування має можливість підключити до корпоративної Програми страхування членів сім’ї першої лінії спорідненості (діти, чоловік/дружина, батьки). Страхування членів сім’ї працівника відбувається за власні кошти ЗО.
* Перелік клінік, які повинні бути серед інших в пропозиції Страховика згідно програми страхування: брендові приватні медичні заклади верхнього цінового сегменту (далі - заклади категорії «А+»): «Добробут»; приватні медичні заклади високої та середньої цінової категорії (далі - заклади категорії «А»): Хелсі енд Хеппі, Гармонія здоров’я, Адоніс, Віва, МЦ ІНГО, Оксфорд медікал; державні, комунальні та відомчі медичні заклади, наукові інститути (далі - заклади категорії «В»).
  1. Перелік медичних послуг, що надаються за програмою страхування:
* страхові випадки: гостре захворювання, загострення хронічного захворювання, розлад здоров‘я внаслідок нещасного випадку, лікування хронічних захворювань в стадії ремісії;
* Амбулаторно - поліклінічна допомога;
* Денний стаціонар;
* Фізіопроцедури та лікувальний масаж;
* Медикаментозне забезпечення при АПД та СД;
* Невідкладна та планова стаціонарна допомога;
* Невідкладна швидка допомога;
* КРИТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ (цукровий діабет, туберкульоз, злоякісні та доброякісні новоутворення, інфаркт, інсульт, ниркова недостатність).
* Планова та невідкладна стоматологічна допомога, ліміт на виключення, має становити не менше 7500 грн/ЗО;
* Формування офісної аптечки, доставка аптечки в м. Києві в офіс Страхувальника.
* Медичний огляд за бажанням застрахованої особи.
* Патронаж вагітних;
* Корпоративний ліміт: Загальний корпоративний ліміт надається на виключення із страхових випадків. У межах корпоративного ліміту покриваються усі захворювання без виключень. Дана опція передбачає виділення певної суми Застрахованій особі із загального корпоративного ліміту за рішенням Страхувальника. Діагностика і лікування захворювань та станів, що відносяться до виключень в межах корпоративного ліміту – ліміт 200 000,00 грн. У випадках, коли положення Програми страхування у явній формі частково або повністю відміняють (обмежують застосування) відповідних положень Виключень з Договору беззастережну переважну силу мають положення Програм страхування.
* Військові ризики: Дана опція передбачає організацію та оплату діагностики та лікування травм та поранень цивільних застрахованих осіб, отриманих внаслідок бойових дій (пасивна участь/цивільні особи);
* Розширена гінекологія та урологія, у тому числі діагностика на лікування ЗПСШ;
* Вакцинація від грипу;
* Діагностика та лікування захворювань-винятків для мобілізованих працівників;
* Страхування ВЗК;
* Страховик має право доповнити програму страхування, додатковими бонусами, що не зазначені у Програмі страхування.

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

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

* Повна відповідність вимогам специфікації;
* Повна відповідність послуг, зазначених у програмі страхування, **Додаток №4**;
* Підтверджений досвід у сфері добровільного медичного страхування;
* Фінансові показники СК станом на листопад 2025 року.
* Вартість послуги згідно **Додатку №6**;
* Наявність власної або аутсорсингової 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:**

**Установчі документи:** 1). ліцензії; 2). свідоцтво про державну реєстрацію; 3). свідоцтво платника податків; 4). довідку про відкриття рахунку - у форматі PDF.

***Установчі Документи сформувати в папку «№1 Установчі документи».***

**Досвід:** 1). Інформація щодо досвіду з надання відповідних послуг: рекомендаційні листи - не менше 3-х, відгуки від інших клієнтів, та будь-які інші документи, що, на Вашу думку, можуть бути корисними у прийнятті рішення, у форматі PDF.

***Усі документи у форматі PDF сформувати в папку «№2 Досвід»***

**Страхова документація (по ДМС)**: 1). Правила добровільного медичного страхування (копія); 2). перелік медичних установ, що надаватимуть послуги за програмами страхування (по всій території України); 3). проект договору добровільного медичного страхування; 4). список обмежень та виключень із страхових випадків по ризиковому компоненту програм; 5). будь-які інші документи, що, на Вашу думку, можуть бути корисними у прийнятті рішення.

***Усі документи у форматі PDF сформувати в папку «№3*** ***Страхова документація»***

**Додатки:** 1). Заповнені та підписані **Додатки №1, №2, №3, №4, №5, №6** до Специфікації (у форматі PDF), **Додаток №4 в Excel,** **Додатки №5 та №6 просимо надати у форматі Word**.

***Додатки сформувати в папку «№4 Додатки».***

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

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

* Документи мають бути складені згідно переліку, зазначеному у п. 4 даної Специфікації;
* Всі документи, складені не українською або англійською 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)

В листі вказати:

|  |
| --- |
| ТЕНДЕРНА ПРОПОЗИЦІЯ  Від ТОВ «\_\_\_\_\_\_\_\_\_»  **на надання послуг з добровільного медичного страхування**  **НЕ РОЗКРИВАТИ до 13:00, 16.12.2024 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, номер телефону, та е-пошта;

далі текст:

* Надіслала(в) 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.**

Будь ласка, заповніть таблицю:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Повна назва компанії. |  |
| 2. | Юридична адреса компанії. |  |
| 3. | Фактична адреса компанії. |  |
| 4. | Керівник компанії: посада, ПІБ. |  |
| 5. | Контактний номер телефону керівника компанії. |  |
| 6. | Контактна особа з питань подання Заявки. |  |
| 7. | Номер мобільного телефону контактної особи. |  |
| 8. | E-пошта контактної особи. |  |

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

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

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

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

**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 - поставити зазначені послуги 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 послуги 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.** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

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

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

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

**Додаток №4**

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

**«Програма страхування»**

**має бути підписана, та заповнена в окремому файлі у форматі EXCEL**

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

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

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

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

**Додаток №5**

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

**Аналіз основних показників страхової компанії та відповідність технічним вимогам.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Загальний блок** | |
| **Критерій** | **Показник** |
| Досвід роботи з ДМС та дата заснування компанії. | *Вказати* |
| Наявність ліцензії на здійснення відповідного виду страхування (ДМС), № чинної ліцензії. | *Вказати. Посилання на офіційний портал.* |
| Активи станом на листопад 2025 року | *Вказати суму* |
| Страхові резерви станом на листопад 2025 року | *Вказати суму* |
| Страхові премії з ДМС станом на листопад 2025 року | *Вказати суму* |
| Основні види страхування | *Прописати* |
| **Технічні характеристики** | |
| **Критерій** | **Показник** |
| Призначення відповідального лікаря-координатора | *так/ні* |
| Наявність власної асистанс-служби та кількість працівників власної асистанс-служби. | *так/ні* |
| Наявність медичної освіти працівників асистанс-служби, та середній досвід роботи працівників. | *Вказати, та додати короткі коментарі* |
| Назва та кількість працівників асистанс-служб/и, з якими/ою укладено договір, *при відсутності власної, або як допоміжна.* | *Вказати, та додати короткі коментарі* |
| Кількість застрахованих осіб за всіма договорами добровільного медичного страхування станом на листопад 2025 року. | *Вказати кількість* |
| Співвідношення кількості працівників асистанс-служби до загальної кількості застрахованих осіб. | *Прописати співвідношення* |
| Канали комунікації із працівниками асистанс-служби | *Прописати усі можливі* |
| Можливість надавати послуги супроводу 24/7 | *так/ні, прописати робочі часи* |
| Наявність мобільного застосунку | *так/ні, коротко прописати його можливості* |
| Наявність відшкодування онлайн | *так/ні, ліміт суми відшкодування та шляхи подачі документів* |
| Строки відшкодування самостійно витрачених коштів | *Вказати строк на подачу документів, прийняття рішення та виплату* |
| Програма страхування Додаток №4, повна відповідність | *Так/ні, короткі коментарі* |
| Страхування співробітників у віковій категорії 65+ років (2 особи) має бути на загальних умовах без додаткових коефіцієнтів. | *так/ні* |
| Страхування членів сімей співробітників за власний кошт по корпоративним тарифам | *так/ні* |
| Вказати умови страхування родичів старше 60 років (якщо вони відрізняються від загальних умов) | *Вказати* |
| Вказати умови страхування родичів старше 65 років, якщо вони відрізняються від загальних умов (Орієнтовно 12-14 осіб). | *Вказати* |
| Вказати умови страхування дітей до 18 років (якщо вони відрізняються від загальних умов) | *Вказати* |
| Вказати умови страхування відносно ризикових груп (інвалідів) | *Вказати* |
| Кількість комерційних клінік, що покриваються 100% по амбулаторно-поліклінічній допомозі (АПД) у м. Києві | *Вказати* |
| Кількість комерційних клінік, що покриваються 100% по АПД у містах: Харків, Одеса, Львів, Рівне, Луцьк, Івано-Франківськ. | *Вказати* |
| Кількість комерційних клінік, що покриваються 100% по стаціонарній допомозі у м. Києві. | *Вказати* |
| Кількість комерційних клінік, що покриваються 100% по стаціонарній допомозі у містах: Харків, Одеса, Львів, Рівне, Луцьк, Івано-Франківськ | *Вказати* |
| Додаткові бонусні програми страхування | так/ні |
| Надання послуг ВЗК на 1 рік. Покриття: Увесь світ+ (без виключень країн США, Канада, Австралія,Японія). | так/ні, коментарі |
| 0% франшиза для клінік  «Хелсі енд Хеппі», «Гармонія здоровʼя», «Адоніс» «Віва», «Смарт медікал» при АПД | так/ні, коментарі |

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

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

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

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

**Додаток №6**

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

**Цінова пропозиція**

*Кожному з учасників пропонується сформувати свої цінові пропозиції у вигляді нижченаведеної таблиці. Під час заповнення таблиці, зверніть увагу на наступне:*

1. Послуги з добровільного медичного страхування надаються на умовах згідно вимог зазначених в «**Термін надання послуг» та «Умови оплати»** специфікації;
2. Надані учасниками Тендеру комерційні пропозиції мають бути дійсними без змін до початку дії Договору ДМС.
3. Цінова пропозиція учасника має містити розрахунки вартості на 1 рік надання послуг, з можливістю поквартальної / піврічної оплати;
4. Ціни повинні бути надані в гривні України;
5. Договір про надання послуг буде укладено і платежі будуть виконані у гривнях України.

|  |  |
| --- | --- |
| **Найменування** | **Вартість послуг в грн.** |
| Розмір страхової суми по програмі страхування на 1 ЗО |  |
| Страхова премія по програмі страхування на 1 ЗО |  |
| Індивідуальний ліміт на стоматологічні послуги (планові та екстрені) |  |
| Індивідуальний ліміт на виключення |  |
| Вартість ВЗК 365/90 Європа, СС 30 000 євро, 1 ЗО |  |
| Вартість ВЗК 365 днів, «Увесь світ», СС 75 000 євро, 1 ЗО |  |

**Бажаний термін укладання Договору січень 2026 року** – будь ласка, вкажіть термін виконання

замовлення, який ви пропонуєте після отримання даного запрошення (з урахуванням **пункту «Термін надання послуг**»): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Умови оплати** – будь ласка, зазначте умови оплати, які Ви пропонуєте (з урахуванням **пункту «Умови оплати»**.):

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

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

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

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

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