ПогоджЕНО:

Голова тендерної комісії

МБО «БФ «СОС Дитячі Містечка» Україна

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Інна ЩЕРБАК

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2022 рік

Затверджено:

Директор МБО «БФ «СОС Дитячі Містечка» Україна

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Сергій ЛУКАШОВ

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2022 рік

**ТЕХНІЧНЕ ЗАВДАННЯ**

**ЩОДО НАДАННЯ ПОСЛУГ З ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ СПІВРОБІТНИКІВ ОРГАНІЗАЦІЇ**

**30.11.2022**

|  |  |
| --- | --- |
| **Назва послуги:** | **Послуги з добровільного медичного страхування співробітників організації у кількості понад 100 осіб** |
| Період надання послуги: | 01 січня 2023 року – 31 грудня 2023 року |
| Організаційні вимоги до надавача послуг-учасника тендеру: | 1. Учасник має бути юридичною особою, зареєстрованою на території України відповідно до законодавства України; 2. Наявність документального підтвердження щодо відповідності виду діяльності (за КВЕД-2010), який дає право надавати послуги, що є предметом закупівлі; 3. Відсутність від’ємних фінансових показників (активи, гарантійний фонд); 4. Надійність і платоспроможність, відкритість – підтвердження офіційного рейтингу (2021 та/або 2022); публікує щорічні звіти та іншу інформацію, що є свідченням прозорості СК; 5. Оплата послуг у безготівковій формі. |
| Попередній зміст послуги: | 1. **Страховим випадком вважається:**  * гостре захворювання; * хронічне захворювання в стадії загострення; * хронічне захворювання в стадії ремісії – до 30 днів 1 раз в рік; * травми, опіки, отруєння.  1. **Амбулаторна допомога:**  * покриття 100% клінік всіх рівнів; * консультації провідних фахівців, професорів, докторів (кандидатів) медичних наук – не менше 80%.  1. **Стаціонарна допомога:**  * покриття 100% клінік всіх рівнів, окрім брендових. Брендові – не менше 80%; * планова та екстрена допомога.  1. **Швидка допомога:**  * покриття 100% клінік всіх рівнів; * виїзд карети швидкої допомоги за межі міських смуг міст України, до 50 км.  1. **Фізіотерапевтичні процедури в АПД:**  * фізіотерапія - 10 процедур на 1 страховий випадок; * лікувальний масаж за призначенням лікаря, в тому числі при дегенеративно-дистрофічних захворюваннях та інших дорсопатіях або  мануальна терапія за призначенням лікаря – не менше 10 сеансів/рік; * голкорефлексотерапія за призначенням лікаря – не менше 10 сеансів/рік.  1. **Стоматологія** планова та екстрена – не менше 4000 грн. 2. **Лікування COVID-19:**  * амбулаторна допомога – в межах індивідуального ліміту 5 000,00 грн.; * стаціонарна допомога – в межах індивідуального ліміту 10 000,00 грн. в державних клініках.  1. **Профілактика комп'ютерного синдрому** – ліміт 1000 грн. 2. **Розширена гінекологія та урологія** – 1 курс строком до 30-ти днів. 3. **Проведення медичного обстеження** 1 раз на рік:  * клінічний аналіз крові; * біохімія крові (АлАТ, білірубін); * загальний аналіз сечі; * ЕКГ; * УЗД органів черевної порожнини або іншого органу на вибір; * консультація гінеколога (ж)/ уролога (ч); * консультація терапевта; * рентген ОГК.  1. **Медикаменти** – без франшизи, строком лікування до 30 днів по кожній нозології. Розширені медикаменти:  * пробіотики, еубіотики – з лікувальною метою за призначенням лікаря,  до 30 днів; * гомеопатичні препарати – 1 курс 30 днів; * Фітопрепарати – з лікувальною метою за призначенням лікаря,  до 30 днів; * імуномодулятори; * хондропротектори – 1 курс до 30 днів; * гепатопротектори – 1 курс до 30 днів; * моновітамінні препарати; * противірусні препарати (Аміксин, Амізон ІС і т.п.).  1. **Експрес аптечка** – 500 грн. на 1 застраховану особу; 2. **Офісна аптечка** – 20 000 грн. 3. **Курс анти-стресової терапії**. 4. **Індивідуальний ліміт на захворювання-виключення** – 2000 грн. 5. **Корпоративний ліміт на виключення** – 50 000 грн. 6. **Корпоративний ліміт на злоякісні новоутворення –** 200 000 грн. –діагностика та 1 курс лікування до 30 днів. 7. **Доброякісні новоутворення, цукровий діабет та туберкульоз –** діагностика та 1 курс лікування до 30 днів, в рамках страхової суми. 8. **Можливість надання онлайн консультації** медичного спеціаліста. 9. **Можливість зміни лікаря,** у тому числі й вузькопрофільного. |
| Критерії оцінки: | 1. Розмір страхового платежу на одну особу – 60 балів. 2. Підтвердження відсутності від’ємних фінансових показників – 20 балів. 3. Відповідність пропозиції технічному завданню – 20 балів. |
| Форма подачі заявки від потенційних надавачів послуг: | До участі у тендері запрошуються суб‘єкти підприємницької діяльності, належним чином зареєстровані за законодавством України, мають досвід роботи у відповідній сфері, відповідні КВЕД для надання послуг, а також можливість надати оригінали супроводжуючих документів з печаткою та підписом (договір, рахунок-фактура, акт виконаних робіт/наданих послуг, тощо). |
| Строк подачі пропозиції: | До 15.12.2022 до 15:00 |
| Контактна інформація: | Усі запитання надсилати на електронну адресу:  [Lesia.iegorova@sos-ukraine.org](mailto:Lesia.iegorova@sos-ukraine.org) |

Директор з персоналу Леся ЄГОРОВА

[Lesia.iegorova@sos-ukraine.org](mailto:Lesia.iegorova@sos-ukraine.org)

Додаток № 1

Специфікація до Тендерного Запрошення (ТЗ)

Щодо закупівлі послуг добровільного

медичного страхування

**ЦІНОВА ПРОПОЗИЦІЯ**

Уважно вивчивши умови запиту цінової пропозиції, цим подаємо на участь у торгах свою цінову пропозицію:

1. Повне найменування Учасника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Фізичне місцезнаходження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мейл: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Керівництво (прізвище, ім’я по батькові) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Код ЄДРПОУ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Довідка про діяльність фірми (КВЕД) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Статус платника податків: платник чи неплатник ПДВ (обрати статус – підкреслить свій варіант).

8. Контактна особа (прізвище, ім’я по батькові, телефон) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**9. Детальний опис цінової пропозиції.**

10. Якщо нашу пропозицію буде обрано, ми зобов’язуємося підписати Договір про закупівлю у строк не пізніше ніж через 10 робочих днів з дати отримання  повідомлення про намір укласти договір про закупівлю.

11. Одночасно засвідчуємо, що наша компанія не є банкрутом і не ліквідовується, не має справи у судовому впровадженні, не укладала угоди з кредиторами, не призупиняла діяльність, не є учасником процесів з даних питань, не знаходиться в будь якій аналогічній ситуації, що випливає із подібної процедури відповідно до національних правил чи законодавства; одночасно повідомляємо, що не існує обставин конфлікту інтересів між замовником і нами, а саме, відсутні родинні, емоційні зв’язки, спільні політичні, економічні чи інші види інтересу.

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

(посада керівника учасника

або уповноваженої ним особи) (підпис) (ініціали та прізвище)