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 |

Директор з персоналу Леся ЄГОРОВА

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)