Форма 6т "Техническое предложение"

ТЕХНИЧЕСКОЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ

Участник закупки:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ПДО № 60-БНГРЭ-2023 «Оказание услуг добровольного медицинского страхования работникам ООО «БНГРЭ»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№**  **п/п** | **Требование** | **Предложение участника** |
|  | Наполняемость программ страхования должна соответствовать требованиям, изложенным в Программах страхования (Приложение №№1, 2, 3) | Согласны / не согласны (прописать свои условия) |
|  | Наличие круглосуточной медицинской диспетчерской службы (на пульте ночью не менее 2-х сотрудником с медицинским образованием, с опытом работы в страховой компании не менее 1-го года) | Согласны / не согласны (прописать свои условия) |
|  | Наличие менеджера со стажем работы не менее 3-х лет в этой должности для сопровождения договора страхования. Наличие у менеджера корпоративной мобильной связи. | Подтверждаем |
|  | Наличие врача-куратора, сопровождающего договор. Наличие у него корпоративной мобильной связи в рабочие дни в рабочее время. | Подтверждаем |
|  | Согласие о страховании всех внесенных в список лиц без повышающего коэффициента, без учета возраста. | Согласны / не согласны (прописать свои условия) |
|  | Оказание экстренной медицинской помощи застрахованному, в соответствии с рисками, указанными в программе, в любом регионе РФ | Согласны / не согласны (прописать свои условия) |
|  | Выдача Страховщиком страховых медицинских полисов для круглосуточной помощи в медицинских организациях из списка страховой компании при наступлении страхового случая | Согласны / не согласны (прописать свои условия) |
|  | Возможность предоставления застрахованным лицам и Страхователю доступа к информационной системе сервиса «Личный кабинет», позволяющей самостоятельно сформировать и при необходимости распечатать документ (полис), содержащий идентификационные признаки (номер полиса, номер договора, наименование страховщика/страхователя, срок действия полиса). Для Страхователя позволяющий оперативно прикреплять/откреплять сотрудников, предусмотреть наличие мобильного приложения Страховщика. | Подтверждаем |
|  | Наличие опыта у участника Тендера на рынке страхования РФ (количество полных лет деятельности участника в области страхования) не менее 10 лет | Подтверждаем |
|  | Наличие службы контроля качества | Подтверждаем |
|  | Согласие с условиями проекта договора | Согласны / не согласны (прописать свои условия) |
|  | Срок оказания услуг с 01.01.2024 по 31.12.2024 | Подтверждаем |
|  | Условия оплаты: страховая премия уплачивается в соответствии с графиком оплаты равными долями один раз в квартал, 4 квартальный платеж производится в срок до 30.12.2024 с учетом корректировки по неиспользованным средствам за открепленных застрахованных работников. В части расчета возврата излишне уплаченной страховой премии расчеты производятся в срок до 31.01.2025. | Согласны / не согласны (прописать свои условия) |

Подпись уполномоченного руководителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Должность, Фамилия И.О./

М.П.