

# 院内论证公告-医疗责任险服务项目

江门市口腔医院就下列服务项目进行采购前论证，兹邀请符合资格条件的供应商报名：

## 一、项目名称、预算等

序号	论证项目	预算金额 (万元)	项目简要说明
1	医疗责任险 服务项目	9	<p><b>一、保险服务方案要求</b></p> <p>1. 保险类别：</p> <p>(1) 主 险：医疗责任保险；</p> <p>(2) 附加险：医务人员遭受伤害责任保险（医疗纠纷所致）。</p> <p>(3) 附加险：医疗机构场所责任保险。</p> <p>2. 保险金额：</p> <p>(1) 主险（医疗责任保险）：累计赔偿限额 50 万元，每次事故赔偿限额 10 万元，其中每人赔偿限额 10 万元，其中法律费用累计赔偿限额 10 万元，每次事故赔偿限额 5 万元。免赔额 1000 元，或损失金额的 5%，</p>

		<p>两者以高者为准；</p> <p>(2) 附加险（医务人员遭受伤害责任保险）：累计赔偿限额 10 万元，每次事故赔偿限额 5 万元，其中每人每次事故赔偿限额 5 万，医疗费用 3 万；</p> <p>(3) 附加险（医疗机构场所责任保险）：累计赔偿限额 10 万元，每次事故赔偿限额 5 万元。</p> <p>3. 投保区域范围：</p> <p>江门市蓬江区永利街 3-5 号；江门市蓬江区东华一路 36 号；江门市鹤山市东升路 59 号；江门市蓬江区跃进路 22 号；江门市蓬江区农林东路 36 号；江门市蓬江区迎宾大道西 38 号；江门市蓬江区华园南 36 号；江门市蓬江区梧岗里 107 号；江门市江海区路阳山路 1 号。</p> <p>4. 保险期限：24 个月。</p> <p>5. 医院数据参考：</p> <p>(1) 投保人名称：江门市口腔医院（江门市牙病防治指导中心）；</p>
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>(2) 医护人员总数：237 人，允许有 10% 的人员变动(离退休, 新入职等因素)；</p> <p>(3) 病床位数：0 张。</p>
--	--	--	--------------------------------------------------------------------------

## 二、供应商资格条件：

- (一) 具有独立承担民事责任的能力；
- (二) 具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；
- (三) 具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；
- (四) 有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；
- (五) 参加政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；
- (六) 法律、行政法规规定的其他条件。

## 三、供应商报名需按以下顺序提交纸质资料并加盖公章，资料完整方为有效报名：

- (一) 项目报价表（每一项必须分项报价）；
- (二) 针对医院实际需求制定的保险服务方案（包括但不限于保险费率、承保及偿付方案、追溯期、赔款给付时限、相关保险条款等）；
- (三) 近 5 年同类项目服务或承保经验（承保过二级或以上医疗机构的医疗责任保险项目经验）（提供所服务的医疗机构的

保单复印件或中标、成交采购合同关键页复印件，至少 5 份，需隐去敏感信息）；

（四）公司简介及服务人员配置；

（五）相关资质资料（营业执照、保险业务经营许可证等）；

（六）提供信用中国网站([www.creditchina.gov.cn](http://www.creditchina.gov.cn))以及中国政府采购网([www.ccgp.gov.cn](http://www.ccgp.gov.cn))的信用记录查询结果；

（七）报价供应商认为有需要补充的其他资料。

#### 填写注意：

资料提供者必须为所提供资料的合法、合规及客观真实性负责，造成不良后果的由资料提供者承担所有相关责任，同时提供虚假资料的企业会加入我院黑名单系统，禁止参与本院所有采购项目。

#### 四、报名时间及流程

（一）报名时间：公示期为本公告发布之日起 5 天；

（二）报名流程：

**纸质材料**在报名时间内送至广东省江门市蓬江区永利街 3-5 号行政楼二楼 211 室（江门市口腔医院总部）。

#### 五、联系方式

联系人：关小姐

联系电话：0750-3504318