**梧州市中医医院**

**市场调研报名文件**

**项目名称：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**报名公司：**（盖章）

**联 系 人：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**联系电话：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**地 址：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**目 录**

1. **项目参数及报价**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **详细参数** | **供应商能否满足需求** | **供应商可提供更优的同类服务** |
| 1.保险对象：梧州市中医医院、兴龙社区卫生服务中心 |  | **--------------** |
| 2.保险险种  2.1主险：  2.1.1医疗责任保险  2.2附加险：  2.2.1医务人员遭受伤害责任保险  2.2.2医疗机构场所责任保险 |  |  |
| 3.保险保障内容及保险费用  3.1 每次事故每人赔偿限额：20万元；  3.2 累计赔偿限额：100万元；  3.3 法律费用每次事故累计赔偿限额15万元；  3.4 精神损害每人赔偿限额：6万元；  3.5 附加医疗机构工作人员遭受伤害：累计赔偿限额100万元；每次事故每人赔偿限额20万元，其中个人财产损失赔偿限额：2万元人民币；  3.6 附加医疗机构场所责任保险：累计事故赔偿限额100万元，每次事故赔偿限额为55万元；每次事故每人赔偿限额20万元。 |  |  |
| 4.特别要求：  4.1 双方签订保险合同。  4.2 患者或其近亲属首次向被保险人提出索赔申请，被保险人应在5个工作日内报案，如未及时报案，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人不承担赔偿责任。  续保时需提供盖章证明，承诺续保前被保险人接到索赔的事故均已向保险人报案。  4.3 对于索赔金额在人民币 2 万元（含）以下的案件，医患双方可直接自行协商，定责定损。保险人依据医患双方自行协商的结果直接全额理赔。  4.4 索赔金额在2万元-10万元范围内（不包括10万元）的，医患双方当事人可以向广西壮族自治区内各级医疗纠纷人民调解组织、广西壮族自治区内市级或市级以上行政部门申请调解、或向人民法院提起民事诉讼等途径解决，保险人依据医调委出具的调解方案建议或法院裁定书/判决书直接全额理赔。  4.5 对于 10 万元以上的案件，原则上应根据医疗事故鉴定或司法鉴定结果进行调解和理赔；为提高服务效率，保险人依据调解协议或经人民法院出具的裁定书/判决书，在保险责任内作全额理赔。  4.6 对于索赔金额在2万元以上，医患双方自行协商解决的，必须事先征得保险人同意。对于未经医疗损害责任相关鉴定或未经得保险人同意，而由医患双方自行协商赔偿的，保险人有权重新核定该事故是否属于保险责任以及重新核定损失金额。  4.7 响应时限：医患双方院内调解的案件，保险人在接到完整报案材料后3个工作日内完成案件的审核，并向被保险人出具《理赔意见书》；由行政调解、人民调解受理的案件，保险人在接到完整报案材料后5个工作日内完成案件的审核，并向被保险人出具《理赔意见书》；经医疗事故鉴定、司法鉴定或法院裁/判决的案件，保险人在接到完整报案材料后5个工作日内完成案件的审核，并向被保险人出具《理赔意见书》。保险人接到报案材料后到期不作理赔意见则视为认同被保险人的理赔方案。  4.8 理赔时间：对于通过审核的案件，保险人应在接到完整理赔申请材料后3个工作日内，将赔款支付给被保人或经被保人同意的患者或其他相关利益人/法定继承人。  4.9 追溯期约定，以被保险人知道或应当知道权利方提出索赔之日起计算。 |  |  |
| 5.人员要求：  5.1指派至少两名服务人员配合采购人医院成立服务小组，为医院提供包含且不限于以下的服务：协助医院处理突发性事件的调查、处理，医责险理赔材料的收集、递交及理赔跟进等工作。 |  |  |

**2.其他材料**

包括但不限于同类业绩、报价等。

**3.声明函**

**声明函**

梧州市中医医院：

我公司已认真阅读了贵院此次编制的“\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”采购项目需求公告，充分知悉并了解了贵院采购需求调查内容信息。我方同意贵方无偿采用我方提交的全部或部分采购需求调查材料作为贵方采购需求的内容，并且无需贵方承担任何责任。  
 本公司将严格遵守上述事项，对所提供的所有材料真实性负责。

单位名称（盖章）：

联系人：

联系电话：

日    期：    年   月   日