

اطلاعیه مناقصه بیمه درمان تکمیلی کارکنان دانشگاه کاشان ۹۸-۹۹

احتراماً، نظر به اینکه دانشگاه کاشان در نظر دارد نسبت به انعقاد قرارداد بیمه تکمیل درمان بالغ بر ۲۰۰۰ نفر از

کارکنان و افراد تحت تکفل خود از طریق مناقصه اقدام نمایند، متقاضیان محترم می توانند با توجه به شرایط

اختصاصی و عمومی پیوست، نرخ حق بیمه پیشنهادی هر نفر را برای هر یک از طرح های ارائه شده در قالب جدول

پیوست، حداکثر تا پایان وقت اداری روز شنبه مورخ ۱۶ / ۶ / ۹۸ به اداره رفاه کارکنان دانشگاه، تحویل و رسید

دریافت نمایند:

شرایط مناقصه بیمه درمان کارکنان دانشگاه کاشان ۹۸-۹۹

الف) شرایط اختصاصی

تعهدات	طرح ۱ سقف تعهد (میلیون ریال)	طرح ۲ سقف تعهد (میلیون ریال)
۱- جبران خسارت جراحیهای فوق تخصصی شامل: (سرطان، مغز و اعصاب - قلب - پیوند قرنیه - پیوند ریه، کلیه و کبد - مغز استخوان، گامانایف) - جراحیهای عمومی شامل (هزینه شیمی درمانی - جراحی دیسک ستون فقرات - لاپاراسکوپی - بیماری خاص - انواع سنگ شکن - آنژیوگرافی و رادیوتراپی، درمان طبی در مراکز درمانی و مراکز جراحیهای محدود) و DAYCARE	۳۰۰	۴۵۰
۳- هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین و نیز کورتاژ تشخیصی درمانی - نازایی (شامل اعمال جراحی، داروها و آزمایشات)	۲۰	۲۰
۴ - پاراکلینیک ۱ شامل: (هزینه های خدمات تشخیصی - انواع آزمایشات پزشکی - رادیولوژی - فیزیوتراپی - سونوگرافی MRI - و انواع اسکن - آندوسکوپی - سیستوسکوپی - رکتوسکوپی - ماموگرافی - اکوکاردیوگرافی - استس اکو و دانسیومتری) - سونوگرافی NT و NB سمعک، عینک، اورتز، پروتز	۳۰	۳۰

۵- پاراکلینیک ۲ - شامل: (هزینه تست ورزش - تست آلرژی تست تنفسی - نوار مغز - نوار مئانه - نوار عضله و عصب - سنجش تراکم استخوان - شنوایی سنجی - بینایی سنجی - هولترمانیتورینگ قلب و آنژیوگرافی چشم - نوار قلب) - NST	۱۰	۱۰
۶- هزینه های مربوط به درمان مجاز سرپایی مانند شکستگی ها و دررفتگی ها - گچ گیری - ختنه - بخیه - کرایوتراپی - تخلیه کیست - اکسزیون له پوم و لیزر درمانی - تزریقات و پانسمان - شستشوی گوش	۱۰	۱۰
۷- جبران هزینه های لیزیک هر چشم ۳ دیوپتر (رفع عیوب انکساری چشم)	۱۳	۱۳
۸- آمبولانس : داخل شهر خارج شهر	۳ ۵	۳ ۵
۹- جبران هزینه هر نوع ویزیت و دارو به طور کامل (داروی خارجی نیز شامل شود) - حق فنی داروخانه ها - داروهای مکمل	۱۰	۱۰
۱۰- جبران هزینه های دندانپزشکی	-	۲۰

ب) شرایط عمومی

- حضور نماینده (کارشناس مجرب بیمه) دارای اختیار، در دانشگاه حداقل سه نیم روز صبح در هفته با هماهنگی دانشگاه جهت دریافت و بررسی مدارک کارکنان و پاسخگویی فی المجلس و نیز پرداخت خسارت
- پرداخت خسارت به صورت الکترونیکی به بیمه شده حداکثر ده روز پس از ارائه مدارک
- اعلام شفاف میزان خسارت فرد و امکان رویت و پیگیری وضعیت خسارت دریافت شده توسط بیمه شده از طریق سامانه های الکترونیکی و نیز اعلام از طریق سامانه پیامکی
- ارائه گزارش تفصیلی میزان خسارت بیمه شدگان توسط بیمه گر به دانشگاه حسب درخواست
- معرفی داروخانه های طرف قرارداد و ارائه قرارداد با حداقل ۷ داروخانه در کاشان و ۲ داروخانه در آران و بیدگل.
- انعقاد قرارداد با بیمارستانها، پزشکان، کلینیک ها و درمانگاهها، آزمایشگاه ها و فیزیوتراپی ها و مراکز دندان پزشکی مطابق درخواست دانشگاه.
- حذف کپی کارت بیمه و دفترچه بیمه پایه برای هر مورد.
- هیچ یک از بیمه شدگان مشمول دوره انتظار نخواهند شد.
- امکان عقد قرارداد با شرکتهای طرف قرارداد برای کارگران تحت پوشش با نرخ و تعهدات به مانند دانشگاه و ارائه خدمات به آنها در محل تعیین شده

۱۰. بررسی تقاضای نمایندگی ها ، منوط به تایید کلیه مدارک ارائه شده توسط شعبه بیمه مربوطه خواهد بود.

۱۱. قرارداد منعقد از ابتدای مهر ماه سال جاری لغایت پایان شهریور سال ۹۸ خواهد بود.

ج (سایر موارد :

۱۲. مبلغ سپرده جهت شرکت در مناقصه ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال می باشد. که بایستی به حساب ۱۶۰۹۰۵۵۵۸۴ دانشگاه کاشان نزد بانک تجارت شعبه دانشگاه کاشان واریز و یا به صورت ضمانت نامه بانکی در وجه دانشگاه کاشان صادر گردد.

تبصره : پس از انعقاد قرارداد ضمن تبدیل سپرده فوق بعنوان ضمانت حسن انجام کار، مبلغ ۱۵۰ میلیون ریال دیگر نیز به صورت ضمانت نامه در وجه دانشگاه کاشان برای این منظور از برنده مناقصه اخذ خواهد گردید.

۱۳. شرکت کنندگان در مناقصه بایستی مدارک لازم را در سه پاکت در بسته جداگانه به شرح ذیل ارائه نمایند:

• **پاکت «الف»** حاوی نامه درخواست کتبی شرکت در مناقصه (با شماره و تاریخ) و ضمانت نامه بانکی و یا فیش واریز سپرده ی شرکت در مناقصه.

• **پاکت "ب"** حاوی شرایط مناقصه مهر و امضاء شده توسط شرکت و گواهی حسن انجام کار در موارد مشابه و مربوط (گواهی حسن انجام کار الزامی نمی باشد).

• **پاکت «ج»** حاوی مبلغ پیشنهادی.

۱۴. مبنای انتخاب برنده مناقصه، قیمت پیشنهادی در طرح منتخب دانشگاه (یکی از طرحهای ۲ گانه) می باشد.

۱۵. شرکت کنندگان لازم است مدارک لازم را حداکثر تا پایان وقت اداری روز شنبه مورخ **۹۸/۶/۱۶** به اداره رفاه کارکنان دانشگاه واقع در کاشان- بلوار قطب راوندی کدپستی ۵۳۱۵۳-۸۷۳۱۷ ارسال یا تحویل نمایند. تلفن تماس ۵۵۹۱۲۲۲۱۸ (۰۳۱) یا شماره همراه ۰۹۱۳۲۷۶۶۱۰۳ سرکار خانم جلالی می باشد. مراجعه حضوری صرفاً در ساعات اداری از تاریخ **۹ شهریور ۹۸ لغایت ۱۳ شهریور ۹۸** امکانپذیر می باشد.

۱۶. به پیشنهادات مشروط و مبهم و براساس درصد یا اضافه نسبت به حداقل قیمت داده شده و فاقد سپرده و پیشنهاداتی که بعد از موعد واصل شود، مطلقاً ترتیب اثر داده نخواهد شد.

۱۷. شرکت کننده در مناقصه بایستی موضوع آگهی مناقصه را روی پاکتهای الف و ب و ج ارسالی، درج نماید.

۱۸. کلیه پیشنهادات واصله **راس ساعت ۱۰ صبح روز یکشنبه مورخ ۹۸/۶/۱۷** در دفتر معاونت اداری مالی دانشگاه باز و قرائت خواهد شد. حضور پیشنهاد دهندگان یا نمایندگان آنان در جلسه مذکور بلامانع می باشد. لازم به ذکر است حداکثر ۱۰ روز کاری پس از این تاریخ پیشنهادهای بررسی و برنده مناقصه اعلام خواهد شد.

۱۹. شرکت در مناقصه و ارائه پیشنهاد، ایجاد حقی برای شرکت کننده و ایجاد تکلیف و یا سلب اختیار برای دانشگاه نمی نماید.

۲۰. دانشگاه در رد یک یا تمام پیشنهادات مختار است.

۲۱. در صورتی که برنده اول از تنظیم قرارداد منصرف شود، ضمن ضبط سپرده وی باتشخیص کمیسیون مناقصه، به ترتیب مذکور در آئین نامه مالی و معاملات دانشگاه عمل خواهد شد. بدیهی است اتخاذ تصمیم پس از انجام مراحل لازم بعدی بعهده کمیسیون مناقصه خواهد بود.

۲۲. هزینه درج آگهی مناقصه در صورت چاپ در روزنامه از برنده مناقصه دریافت خواهد شد.

۲۳. پیمانکار مسئول کلیه تعهدات خود نسبت به اشخاص حقیقی و حقوقی بوده و دانشگاه هیچ تعهدی در این خصوص ندارد.

۲۴. فسخ قرارداد منعقد شده از طرف دانشگاه بایک هفته اعلام قبلی و از طرف پیمانکار با دوماه اعلام کتبی قبلی و موافقت دانشگاه مجاز خواهد بود.

اعلام میدارم کلیه شرایط فوق را مطالعه و

به نمایندگی از شرکت بیمه

اینجانب

بدون قید و شرط می پذیرم .

نام و نام خانوادگی

نام شرکت

مهر و امضای شعبه بیمه

جدول پیشنهاد نرخ سرانه حق بیمه

قیمت برای هر نفر به ریال (با منظور نمودن مبلغ مالیات بر ارزش افزوده) با عدد و حروف		
	با احتساب فرانشیز ۳۰ درصد	طرح ۱
	با احتساب فرانشیز ۳۰ درصد	طرح ۲

نام و نام خانوادگی

نام شرکت

مهر و امضای شعبه بیمه