

دانشگاه علوم پزشکی  
و خدمات بهداشتی و درمانی بابل  
«معاونت توسعه مدیریت و منابع»



« فرم شماره ۱ »

« شرایط عمومی و اختصاصی مناقصه بیمه مکمل کارکنان دانشگاه »

شرکت بیمه

با سلام و احترام

دانشگاه علوم پزشکی بابل در نظر دارد امور بیمه درمانی تکمیلی کارکنان و افراد تحت تکفل آنان (به تعداد حدود ۷۰۰۰ نفر) به همراه سایر امور بیمه ای اعم از بیمه مسئولیت، اموال منقول و تجهیزات پزشکی و ... خود را به سازمان بیمه گر واجد شرایط به شرح ذیل واگذار نماید. لذا در صورت تمایل ضمن مطالعه دقیق از شرایط ارائه شده و کسب اطلاعات لازم از واحد امور رفاهی دانشگاه نسبت به ارائه پیشنهاد قیمت به ازای هر نفر در یکسال و در ۱۲ قسمت مساوی در فرم شماره ۲ (پیوستی) اقدام نموده و پس از مهر و امضاء در پاکت درب بسته قرار داده و حداکثر تا پایان وقت اداری روز شنبه مورخ ۱۳۹۰/۱/۲۰ به دبیرخانه مرکزی دانشگاه تحویل نموده و رسید اخذ نمایند.

\* تعهدات درمانی:

- ۱- جراحی فوق تخصصی شامل: جراحی مغز و اعصاب، جراحی قلب، پیوند کلیه، مغز استخوان، پیوند کبد و پیوند قرنیه و شیمی درمانی
- ۲- جراحی های عمومی و درمان طبی، لاپاراسکوپی، سنگ شکن، آنژیوگرافی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود (Day Care)
- ۳- زایمان و سزارین و کورتاژ تشخیصی درمانی
- ۴- خدمات پاراکلینیکی شامل: سونوگرافی، ماموگرافی، رادیوتراپی، انواع اسکن و سی تی اسکن، انواع آندوسکوپی، MRI، اکوکاردیوگرافی، سیتوآنژیوگرافی
- ۵- هزینه آزمایش، فیزیوتراپی
- ۶- خدمات پاراکلینیکی شامل تست ورزش، نوار عضله، آنژیوگرافی چشم، نوار عصب، نوار مغز، اسپرومتری
- ۷- اعمال مجاز سرپایی مانند گچ گیری، کرایوتراپی، اکسزبون لیپیوم، لیزر درمانی

گروه تعهدات	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
مبلغ تعهدات درمانی	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۸/۰۰۰/۰۰۰	۷/۰۰۰/۰۰۰	۳/۵۰۰/۰۰۰	۲/۵۰۰/۰۰۰	۲/۵۰۰/۰۰۰

**دانشگاه علوم پزشکی**  
**و خدمات بهداشتی و درمانی بابل**  
**« معاونت توسعه مدیریت و منابع »**



\* سایر شرایط :

- ۱- دانشگاه در قبول یا رد پیشنهادات مختار می باشد .
  - ۲- کارکنان زن می توانند مانند سایر کارکنان همسر و فرزندان خود را بیمه تکمیلی نمایند.
  - ۳- داشتن نماینده معتبر و مقیم در شهرستان بابل و در ستاد دانشگاه جهت ارائه خدمات و تسهیلات به مراجعین الزامی است .
  - ۴- ارسال نمونه قرارداد و سایر شرایط در ارائه خدمات بیمه ای
  - ۵- بیمه گر باید پس از انعقاد قرارداد برای تمامی افراد تحت بیمه نسبت به تکمیل فرم مشخصات و صدور کارت شناسایی اقدام نموده، تا با همان کارت خدمات بیمه ای دریافت نمایند .
  - ۶- دانشگاه علاوه بر انجام امور بیمه مکمل کارکنان ، در نظر دارد موارد ذیل را نیز در دستور کار قرار دهد و سازمان بیمه ای که بتواند از امتیاز مطرح شده ذیل در سرانه بیمه ای کارکنان لحاظ نماید در اولویت قرار خواهد گرفت .
  - ۶-۱- بیمه مسئولیت فنی روسا و مدیران بیمارستانها ، رئیس و معاون توسعه دانشگاه و مدیر مالی
  - ۶-۲- بیمه مسئولیت دستیاران در رشته های مختلف پزشکی (حدود ۱۵۰ نفر)
  - ۶-۳- بیمه مسئولیت پرستاران بیمارستانها به تعداد حدود یک هزار نفر
  - ۶-۴- بیمه تجهیزات پزشکی ، آزمایشگاهی و ... اموال منقول و غیرمنقول ، انبار مرکزی ، ابنیه بصورت گلوبال ( سرجمع ) بابت اعتبار بانصد میلیون ریال در سال برای ستاد مرکزی دانشگاه و تمامی واحدهای بیمارستانی ، دانشکده ها ، مراکز بهداشتی و درمانی و ... تحت پوشش دانشگاه
  - ۶-۵- بیمه شخص ثالث و بیمه بدنه خودروهای دانشگاه و واحدهای تابعه
  - ۶-۶- بیمه شخص ثالث و بدنه خودروهای شخصی کارکنان متقاضی به صورت تقسیطی ( و در نظر گرفتن تخفیف
  - ۶-۷- بیمه عمر کارکنان متقاضی در قید حیات
  - ۶-۸- قبول مسئولیت بار مالی در دریافت و پرداخت هزینه های مربوط به ردیف ۱-۶ الی ۷-۶ توسط مدیریت مالی دانشگاه
  - ۷- چنانچه نمایندگی بیمه در شهرستان در این مناقصه شرکت نماید کلیه اسناد اعتباری مالی و تعهد آور و نیز شرایط مناقصه و قیمت پیشنهادی باید به تایید بیمه مرکزی مربوطه قرار گیرد .
  - ۸- عملیات مالی مربوط به سرانه کارکنان تحت پوشش ، در هر واحد دانشگاه به صورت جداگانه صورت می گیرد که شرکت برنده مکلف به هر گونه همکاری خواهد بود .
- \* ضمناً تمامی اسناد استعلام و نمونه قرارداد ، پیشنهادات و سایر مدارک لازم مهر و امضاء ش ده و در پاکت درب بسته تحویل دانشگاه شود .

نام و نام خانوادگی

و امضاء تعهدآور

و مهر شرکت

نماینده بیمه گزار

دکتر سیداحمد اصغرزاده

معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه

**دانشگاه علوم پزشکی**  
**و خدمات بهداشتی و درمانی بابل**  
« معاونت توسعه مدیریت و منابع »



**برگه پیشنهاد قیمت ( فرم شماره ۲ )**

اینجانب

مدیر شعبه مرکزی بیمه

ضمن مطالعه دقیق از شرایط

اعلام شده از سوی دانشگاه و کسب اطلاع از آن قیمت پیشنهادی این شرکت را به شرح ذیل اعلام می دارم که در صورت برنده شدن متعهد به انعقاد قرارداد و انجام امور مربوطه خواهم بود.

۱- سرانه بیمه هر نفر برای بیمه تکمیلی با قبول مسئولیت ردیف بند ۱ تا ۷ شرایط عمومی و اختصاصی بیمه مکمل کارکنان ( فرم شماره ۱ ) ( خدمات پزشکی و ... ) برابر تعرفه دولتی و نظام پزشکی بدون داشتن شرایط سقف سنی افراد تحت تکفل آنان در هر ماه به عدد ریال و به حروف

۲- چنانچه مبلغ دو میلیون ریال غرامت دندانپزشکی برای هر نفر به خدمات ردیف ۱ تا ۷ جدول ( فرم شماره ۱ ) اضافه شود هزینه سرانه برای نفر در ماه به عدد ریال و به حروف

ریال پیشنهاد

می گردد .

۳- چنانچه ایثارگران و افراد تحت تکفل آنان خدمات پزشکی فول درمان ( ۱۰۰ درصد هزینه های پزشکی و خدمات مربوطه ) که از سوی بنیاد جانبازان اعلام می شود تحت پوشش قرار گیرند به ازای هر نفر به عدد ریال و به حروف

یادآوری : مبنای پذیرش پیشنهاد قیمت ردیف یک این برگ ( فرم شماره ۲ ) می باشد و بیمه گزار در قبول یا در هر یک از ردیف های ۲ و ۳ این برگ مخیر می باشد.

مهر و امضاء

شرکت بیمه