

ЗАПРОС ПРЕДЛОЖЕНИЙ № 3-ЗП

на услугу добровольного медицинского страхования (ДМС)
сотрудников ФГУП УТЦ «Новогорск» в Московской области.

Заказчик	Федеральное государственное унитарное предприятие «Учебно-тренировочный центр «Новогорск», расположенный по адресу: Россия, 141435, Московская область, г. Химки, мкр-н Новогорск, Tel/fax: +7 (495) 940-8952, Tel: +7 (495) 571-6247, http://www.novogorskспорт.ru , e-mail: novogorskспорт@yandex.ru ,
Источник финансирования заказа	Собственные средства предприятия.
Наименование услуг	Услуги добровольного медицинского страхования (ДМС) для сотрудников ФГУП УТЦ «Новогорск» в Московской области.
Сроки приема заявок и контакты	Заявка принимается по адресу: Московская область, г. Химки, мкр-н Новогорск, до 15-30 «27» июля 2012 г. Контактное лицо: Дейнеко Юрий Николаевич моб. +7 (985) 433-14-95
Сроки оказания услуг	12 месяцев с момента заключения договора.
Определение победителя	Победителем признается участник закупки, который по заключению Комиссии, предложил лучшие условия исполнения договора
Максимальная цена договора	2520000 рублей.
Сроки и условия оплаты оказания услуг	ежеквартально
Срок подписания договора	В течение 5-ти дней со дня подписания протокола комиссии.
Прилагаемая документация	Приложение №1 – Техническое задание Приложение №2 – Котировочная заявка Приложение №3 – Проект Договора

ТЕХНИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ

на услугу добровольного медицинского страхования (ДМС)
сотрудников ФГУП УТЦ «Новогорск» в Московской области.

1. Заказчик

Федеральное государственное унитарное предприятие «Учебно-тренировочный центр «Новогорск», расположенный по адресу: Россия, 141435, Московская область, г. Химки, мкр-н Новогорск (ФГУП УТЦ «Новогорск») приглашает юридические лица, страховые компании с рейтингом надежности (Эксперт РА) не ниже А+) к участию в запросе предложений на право заключения договора добровольного медицинского страхования (ДМС) сотрудников.

2. Застрахованные лица

2.1. Застрахованными лицами являются сотрудники ФГУП УТЦ «Новогорск».

2.2. Общая численность сотрудников на момент проведения запроса предложений составляет 158 человек.

п/п	Количество сотрудников	возраст
1	96	До 55
2	35	55-60
3	24	60-65
4	2	65-70
5	1	70-75

3. Список лечебных учреждений

В список лечебных учреждений обязательно включение:

- 1) **ФГУЗ Клиническая больница №119 ФМБА России** 141435, Московская область, г. о. Химки, мкр-н Новогорск. (Планируемое количество 103 сотрудника).
- 2) **Филиал № 6 ФБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого Минобороны России»** 125167, г. Москва, ул. Планетная, дом 3, корпус 3. (Планируемое количество 55 сотрудников).

Участник закупки вправе дополнительно внести в данный перечень и другие лечебные учреждения.

4. Объем медицинских услуг:

Конкретный перечень медицинских услуг указывается в Программе страхования участника закупки, с которым заключается Договор по результатам размещения настоящего заказа.

Участник закупки должен оказывать услуги в соответствии с предложенной им программой.

5. Определение победителя

При осуществлении закупки путем запроса предложений Заказчик вправе объявить процедуру проведения закупки несостоявшейся или завершить процедуру закупки без заключения договора по ее результатам в любое время, не возмещая участникам закупок понесенные ими расходы в связи с участием в процедуре запроса предложений.

6. Размер ответственности по договору страхования

Размер ответственности по договору страхования устанавливается в соответствии с предложением участника закупки, с которым заключается Договор по результатам размещения настоящего заказа.

7. Срок страхования

Срок страхования – 12 месяцев.

8. Начальная (максимальная) цена договора

Начальная (максимальная) цена договора составляет **2520000,00** (два миллиона пятьсот двадцать тысяч) рублей **00** копеек.

10. Порядок оплаты

Оплата страховой премии производится ежеквартально.

Численность застрахованных за время действия договора может уменьшаться (по мере увольнения работников), при этом сумма договора корректируется ежеквартально с учетом исключения работников из списка застрахованных.

11. Предоставление и заключение договора

Договор заключается в течение 5 дней после подписания протокола.

12. Подача заявки с предложением заключения договора

Заявки принимаются до 15-30 «27» июля 2012 г.:

- по адресу: Московская область, г. Химки, мкр-н Новогорск,
- по e-mail: novogorskспорт@yandex.ru

Контактное лицо:

Дейнеко Юрий Николаевич моб. +7 (985) 433-14-95

13. Участники закупки должны предоставить

- заявку на участие с ценовым предложением;
- программу страхования.

ФГУП УТЦ «Новогорск» оставляет вправе объявить процедуру проведения закупки несостоявшейся или завершить процедуру закупки без заключения договора по ее результатам в любое время, не возмещая участникам закупок понесенные ими расходы в связи с участием в процедуре запроса предложений.

В Комиссию по закупкам
ФГУП УТЦ «Новогорск»
141435, МО, г. Химки, мкр-н Новогорск,

«__» _____ 20__ г.

КОТИРОВОЧНАЯ ЗАЯВКА

Запрос предложений № 3-ЗП

на услугу добровольного медицинского страхования (ДМС) сотрудников ФГУП УТЦ «Новогорск» в Московской области»

Изучив документацию о проведении запроса предложений, мы,

_____ (наименование (для юридического лица), Ф.И.О. (для физического лица))

в лице

_____ (фамилия, имя, отчество, должность руководителя или уполномоченного лица)

действующего(ей) на основании

Юридический адрес:

Почтовый адрес:

_____ (индекс, место нахождения (для юридического лица), место жительства (для физического лица), номер телефона)

Банковские реквизиты:

ИНН: _____ . КПП: _____

готовы выполнить услуги по ДМС, указанные в запросе предложений № 3-ЗП на общую сумму:

_____ (сумма контракта цифрами и прописью, в российских рублях)

в т.ч. НДС - _____

в соответствии с предлагаемой программой страхования (прилагается).

Мы _____ согласны исполнить условия договора,

_____ (наименование участника размещения заказа)

указанные в извещении о проведении запроса предложений и проекте договора.

В цену товара, работы, услуги включены расходы: _____

_____ (указать расходы, включенные в общую цену Контракта на оказание услуг при исполнении условий Контракта)

Условия оплаты:

Сообщаем, что для оперативного уведомления нас по вопросам организационного характера и взаимодействия с заказчиком, нами уполномочен

_____ (контактная информация уполномоченного лица)

Корреспонденцию в наш адрес просим направлять по адресу:

Мы обязуемся подписать Договор в соответствии с информацией запроса котировок № 3-ЗП

_____ должность, подпись, расшифровка подписи

М.П.

ПРОЕКТ ДОГОВОРА
добровольного медицинского страхования
№ _____

г. Химки

«___» _____ 2012

_____, именуемое в дальнейшем "Страховщик", в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны, и **Федеральное государственное унитарное предприятие «Учебно-тренировочный центр «Новогорск»**, именуемое в дальнейшем "Страхователь", в лице Директора Доморацкого Николая Сидоровича, действующего на основании Устава, с другой стороны, вместе именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем.

1. Предмет Договора

1.1. Страховщик принимает на себя обязательства по организации и оплате медицинской помощи застрахованным лицам.

1.2. Общая численность застрахованных лиц на момент заключения Договора составляет ___ человек. Списки застрахованных лиц с указанием фамилии, имени, отчества, даты рождения, домашнего адреса и телефона передаются Страхователем Страховщику при заключении Договора. Списки составляются в двух экземплярах, один из которых передается Страховщику, а один остается у Страхователя. Список застрахованных лиц является неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.3. Изменения в списках застрахованных лиц (увольнившиеся, вновь принятые на работу) согласовываются со Страховщиком в письменном виде. Если при одновременных (с одной даты) изменениях в списках застрахованных численность застрахованных не изменяется, то Страховщик производит замену застрахованных в течение 10 дней.

1.4. Внесение изменений в Список застрахованных прекращается за 1 (Один) месяц до даты истечения срока действия настоящего Договора.

1.5. Снятие со страхования застрахованных лиц производится не ранее, чем через три рабочих дня с даты поступления Страховщику соответствующего заявления от Страхователя.

2. Порядок расчетов

2.1. Общая страховая премия по настоящему Договору составляет _____ (_____) рублей ___ копеек.

2.2. Размер годовой страховой премии за одного Застрахованного лица определяются по таблице:

Страховая программа	Количество Застрахованных по программе	Страховая премия за одного Застрахованного (руб.)	Страховая премия итоговая по программе (руб.)
до 55 лет	96		
55-60 вкл.	35		
60-65 вкл.	24		
65-70 вкл.	2		
70-75 вкл.	1		

2.3. Страховая премия уплачивается безналичным платежом на расчетный счет Страховщика. Страховые взносы уплачиваются в соответствии со следующим графиком оплаты:

Взнос (№)	Размер (руб.)	Оплатить
1		до «__» _____ 20__ г.
2		до «__» _____ 20__ г.
3		до «__» _____ 20__ г.
4		до «__» _____ 20__ г.

2.4. При досрочном прекращении или приостановлении действия Договора Страхователь обязан полностью уплатить страховую премию за весь период времени, в течение которого продолжал действовать Договор.

2.5. В случае досрочного прекращения действия Договора страхования в части одного или нескольких Застрахованных лиц по инициативе Страхователя, неиспользованная страховая премия за этих лиц возврату не подлежит, но может быть зачтена Сторонами при последующем страховании новых лиц в рамках настоящего Договора и/или учтена при уплате последующих страховых взносов по настоящему Договору.

2.6. В течение срока действия настоящего Договора Страховщик не в праве увеличивать размер страховой премии по программам страхования, перечисленным в п. 2.2. настоящего Договора по любым основаниям.

2.7. Страховая сумма по настоящему Договору представляет собой стоимость оказанных застрахованному лицу медицинских услуг по настоящему Договору.

2.8. При одновременном включении в списки и исключении из списков одинакового количества застрахованных лиц расчет незаработанной страховой премии и дополнительной страховой премии не производится при условии, если снимаемый со страхования не обращался за медицинским услугами.

2.9. Размер высвободившейся премии при уменьшении численности, подлежащей учету при дальнейших взаиморасчетах, рассчитывается пропорционально оставшемуся оплаченному периоду. Размер высвободившейся премии при уменьшении численности, подлежащей возврату Страхователю, рассчитывается как 80% от оплаченной страховой премии за неистекший период.

2.10. Все расчеты по настоящему Договору ведутся исходя из годовой страховой премии. Дополнительное страхование лиц производится по ценам, действующим на момент заключения договора, указанным в п. 2.2. настоящего Договора.

3. Обязанности сторон

3.1. *Страхователь* обязан:

3.1.1. Уплатить Страховщику страховую премию в порядке и в сроки, установленные настоящим Договором.

3.1.2. Передать каждому Застрахованному по настоящему Договору полученные от Страховщика страховые полисы и индивидуальные Страховые Программы, разъяснить Застрахованным условия настоящего Договора, их права и обязанности, а также информировать Застрахованных об изменениях и дополнениях, сделанных к настоящему Договору.

3.1.3. Сообщать Страховщику обо всех изменениях в данных, указанных в Списке Застрахованных.

3.1.4. Во всех случаях досрочного прекращения настоящего Договора вернуть Страховщику страховые полисы, выданные по настоящему Договору.

3.2. *Страховщик* обязан:

3.2.1. Организовать и оплатить медицинскую помощь, оказываемую застрахованным лицам.

3.2.2. Контролировать соответствие качества оказанной застрахованным лицам медицинской помощи условиям настоящего Договора.

3.2.3. Выдать застрахованным лицам через Страхователя индивидуальные пластиковые карточки (сертификаты), при необходимости пропуски в медицинские учреждения в течение 10- дней с момента предоставления полного пакета документов по Договору и поступления первого взноса страховой премии на расчетный счет Страховщика.

3.2.4. В случае невозможности оказания медицинским учреждением помощи Страховщик организует оказание медицинской помощи в другом медицинском учреждении соответствующего профиля, определенного по усмотрению Страховщика.

3.2.5. Защищать права Застрахованных в отношениях с медицинскими учреждениями в рамках добровольного медицинского страхования.

4. Права и обязанности Застрахованных

4.1. *Застрахованный* имеет право:

4.1.1. Требовать оказания услуг, определенных в Договоре, в соответствии с Программой Страхования.

4.1.2. Обращаться к Страховщику за разъяснениями по особенностям получения медицинской помощи, а также при возникновении спорных ситуаций во взаимоотношениях с лечебными учреждениями в рамках настоящего Договора.

4.1.3. Получить дубликат страхового полиса в случае его утраты.

4.2. *Застрахованный обязан:*

4.2.1. Соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением.

4.2.2. Заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг. Если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу страховой Полис с целью получения им медицинских услуг по настоящему Договору, Страховщик вправе досрочно прекратить действие Договора в отношении такого Застрахованного.

5. Ответственность Сторон

5.1. Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора.

5.2. Сторона, допустившая разглашение информации, указанной в п. 7.1 настоящего Договора обязана возместить другой Стороне причиненные убытки.

5.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если такое неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы.

5.4. Страховщик не несет ответственность за оказание медицинской помощи в случаях:

– нарушения застрахованным лицом установленного в медицинском учреждении порядка;

– явки застрахованного лица по вопросу оказания медицинской помощи во время, когда не осуществляется прием соответствующим специалистом или кабинетом (лабораторией);

– явки застрахованного лица на прием в состоянии алкогольного, наркотического либо токсического опьянения.

5.5. Подписывая настоящий Договор, Страхователь подтверждает, что им получены от застрахованных лиц письменные согласия на обработку Страховщиком их персональных данных в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

5.6. В случае изменения списка застрахованных лиц (принятии на страхование новых лиц) Страхователь обязан получить письменные согласия от новых застрахованных лиц на обработку Страховщиком их персональных данных.

5.7. Все претензии, которые могут возникнуть у застрахованных лиц, касающиеся обработки их персональных данных Страховщиком, Страхователь обязуется урегулировать своими силами и за свой счет. Страховщик обязуется при обработке персональных данных, предоставленных ему Страхователем, соблюдать требования действующего законодательства Российской Федерации.

6. Порядок урегулирования споров

6.1. Каждая из Сторон назначает своего представителя, ответственного за своевременную корректировку прикрепленного контингента (исключение уволившихся, прикрепление вновь принятых работников), рассмотрение спорных вопросов, оформление необходимой документации.

6.2. Споры, возникающие по настоящему Договору страхования, разрешаются путем переговоров. При невозможности достижения соглашения спор передается на рассмотрение суда в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

6.3. Все уведомления, поручения и сообщения, направляемые в соответствии с настоящим Договором или в связи с ним, должны быть составлены в письменной форме и будут считаться поданными надлежащим образом, если они посланы заказным письмом, факсом или доставлены нарочным (курьером) под расписку по нижеуказанным юридическим адресам Сторон.

6.4. Изменения и дополнения в настоящий Договор могут быть внесены соглашением Сторон в письменной форме.

6.5. Стороны обязуются в течение 5 (пяти) дней уведомлять друг друга об изменении своего юридического адреса, почтовых и банковских реквизитов.

7. Конфиденциальность

7.1. Представляемая Сторонами друг другу техническая, финансовая, коммерческая и иная информация, связанная с предметом настоящего Договора, сведения о страхователе, застрахованных лицах, в том числе их персональные данные, данные об имущественном положении, будут считаться конфиденциальной информацией.

7.2. Стороны примут все необходимые и достаточные меры, чтобы предотвратить разглашение полученной информации третьим лицам.

8. Прочие положения

8.1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, каждый из которых имеет равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

8.2. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

9. Юридические адреса, реквизиты и подписи Сторон

Страховщик	Страхователь
Юр. адрес: _____	ФГУП УТЦ «Новогорск» Юр. адрес: 141435, Московская обл., г. Химки, мкр. Новогорск
Почт. адрес: _____	Почт. адрес: 141435, Московская обл., г. Химки, мкр. Новогорск
ИНН _____, КПП _____	ИНН 5047002267, КПП 504701001
Р/счет _____	Р/счет 405028103000000001688
Банк _____	Банк «Клиентский» (ОАО) г. Москва
К/счет _____	К/счет 301018109000000000932
БИК _____	БИК 044583932
ОКПО _____	ОКПО 02924926
_____ / _____ / М.П.	Директор _____ Н.С. Доморацкий М.П.