附件2

2022年北京市预防接种异常反应

保险保障项目

响应文件

供 应 商：

2022年XX月XX日

**目 录**

[一、项目承办申请书 11](#_Toc101344848)

[二、法定代表人授权书 14](#_Toc101344849)

[三、供应商合法有效资质文件根据 17](#_Toc101344851)

[四、评分标准涉及的证明材料 22](#_Toc101344855)

# 一、项目承办申请书

项目承办申请书

一、基本情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | | | | | |
| 项目申报单位 |  | | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | 邮政编码 | |  |
| 电子信箱 |  | | | | 传真电话 | |  |
| 法定代表人 |  | | 法人代码 | |  | | |
|  | 姓名 | 职务 | | | 办公电话 | | 手机 |
| 负责人 |  |  | | |  | |  |
| 联系人 |  |  | | |  | |  |
| 项目主责单位 |  | | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | 邮政编码 | |  |
| 电子信箱 |  | | | | 传真电话 | |  |
|  | 姓名 | 职务 | | | 办公电话 | | 手机 |
| 负责人 |  |  | | |  | |  |
| 联系人 |  |  | | |  | |  |
| 申请经费（单位：万元） | |  | | 计划完成时间 | |  | |

二、申报单位简介

|  |
| --- |
|  |

三、经费预算

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 经费开支科目 | 金额（元） | 序号 | 经费开支科目 | 金额（元） |
| 1 |  |  | 6 |  |  |
| 2 |  |  | 7 |  |  |
| 3 |  |  | 8 |  |  |
| 4 |  |  | 9 |  |  |
| 5 |  |  | 10 |  |  |
| 合计（单位：万元） | |  | | | |
| 明细说明 |  | | | | |

四、申报单位承诺

|  |
| --- |
| 我们确认项目申报内容的真实性，并愿意承担相应的责任。  负责人签字： 申报单位公章  年 月 日 |

# 二、法定代表人授权书

授权委托书（实质性格式）

**授权委托书**

本人\_\_\_\_\_\_\_（姓名）系\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（申请人名称）的法定代表人（单位负责人），现委托\_\_\_\_\_\_\_（姓名）为我方代理人。代理人根据授权，以我方名义签署、澄清确认、递交、撤回、修改\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（项目名称）响应文件和处理有关事宜，其法律后果由我方承担。

委托期限：自本授权委托书签署之日起至响应有效期届满之日止。

代理人无转委托权。

申请人名称（加盖公章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

法定代表人（单位负责人）（签字、签章或印鉴）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

委托代理人（签字/签章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_日

法定代表人（单位负责人）有效期内的身份证**正反面**电子件：

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

委托代理人有效期内的身份证**正反面**电子件：

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

说明：

1.若申请人为事业单位或其他组织或分支机构（仅当遴选文件注明允许分支机构投标的），则法定代表人（单位负责人）处的签署人可为单位负责人。

2.若遴选响应文件中签字之处均为法定代表人（单位负责人）本人签署，则可不提供本《授权委托书》，但须提供《法定代表人（单位负责人）身份证明》（实质性格式）。

3.申请人为自然人的情形，可不提供本《授权委托书》。

**附：法定代表人（单位负责人）身份证明**

致：（采购人）

兹证明，

姓名：\_\_\_\_性别：\_\_\_\_年龄：\_\_\_\_职务：\_\_\_\_

系 （申请人名称）的法定代表人（单位负责人）。

附：法定代表人（单位负责人）有效期内的身份证正反面电子件。

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

申请人名称（加盖公章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

法定代表人（单位负责人）（签字、签章或印鉴）：\_\_\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_日

# 

# 三、供应商合法有效资质文件根据

# （根据遴选文件要求提供以下资质文件）

# 证明文件1 营业执照副本（复印件）

**证明文件1营业执照副本（复印件）**

# 证明文件2 申请人资格要求的承诺函

**证明文件2 申请人资格要求的承诺函**

致：北京市卫生健康委员会

在参与本次项目遴选响应中，我单位承诺：

（一）具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

（二）具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；

（三）有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

（四）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（重大违法记录指因违法经营受到刑事处罚或者责令停产停业、吊销许可证或者执照、较大数额罚款等行政处罚，不包括因违法经营被禁止在一定期限内参加政府采购活动，但期限已经届满的情形）；

（五）我单位不存在为采购项目提供整体设计、规范编制或者项目管理、监理、检测等服务后，再参加该采购项目的其他采购活动的情形（单一来源采购项目除外）；

（六）我单位与本单位负责人为同一人或者与本单位存在控股关系、管理关系的其他关联申请人未参与同一合同项下的遴选响应：

（七）我单位遵循公平竞争的原则，不存在恶意串通，妨碍其他投标人的竞争行为，不存在损害采购人或者其他申请人的合法权益情形，不存在串通响应的情形；

（八）承诺提供的项目申报相关材料均为真实，并愿意承担相应责任。

上述声明真实有效，否则我方负全部责任。

申请人名称（加盖公章）： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_日

# 四、评分标准涉及的证明材料

评分标准

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 内容 | 评分因素分项 | 评分标准 | 分值 |
| 价格部分（10分） | 价格（10分） | 报价得分=（评审基准价/报价）×价格权值10%×100 注：实质性响应遴选文件要求且价格最低的报价为评审基准价。 | 10 |
| 商务 （25分） | 供应商基本情况 | 供应商资质情况良好（承担专业资质等）得5分。 注：供应商需提供相关证明材料，否则不予认可。 | 5 |
| 供应商的业绩 | 供应商近三年（2019年1月起至本采购活动遴选公告发布前（以合同签订日期为准））承接过预防接种异常反应商业保险补偿项目，每提供 1 个合同得 1分；满分为20分（一个投保人仅算一次）。  注：供应商需提供合同/投保书复印件并加盖公章，合同/投保书中需包含首页、显示上述内容相关页、签字盖章页（签署页），以上内容要做好标记，如无材料证明或证明材料不完整，上述内容视为零分。 | 20 |
| 技术 （65分） | 项目方案 | 项目方案要求科学合理性强、内容详细全面，可行性强。方案中保障项目、补偿流程、宣传培训三方面需符合以下要求。  1.保障方案完整（满足遴选文件采购需求技术要求部分）且具有可操作性。保障项目及标准(详见采购需求“三、技术要求中保障项目及标准”中的医疗费、误工费、护理费、残疾生活补助费、残疾生活辅助具费、其他费用（检验费、鉴定费、损害程度评定费等）、死亡补偿金、丧葬费、尸检费用、受种者死亡前因诊治、康复异常反应相关疾病实际支出等10项保险责任，满分5分，每项符合条件得0.5分。  2.补偿流程完整（满足遴选文件采购需求技术需求部分）且具有可操作性。报案-咨询指导-理赔时效-政策帮扶共4个环节，4个环节均符合条件得满分 4 分，每满足1个环节得1分。  3.培训方案完整（满足遴选文件培训部分）且具有可操作性，需列明可行的培训方式、培训人群和培训课件三个方面。满分6分，每个方面可行且内容准确得2分。 | 15 |
| 项目人员配备 | 拟投入本项目团队人员评价： 1.具体项目负责人应具备丰富的管理岗位经验、公共卫生专业知识和法律知识，该项满分5分。  **具体要求**：项目负责人介绍需写明具备公共卫生类管理岗位经历、政府医疗卫生保险项目管理工作经历和持有相关资格证书。其中，  （1）项目负责人公共卫生管理岗位工作经历满分1.5分，没有不得分，如有工作经历，公共卫生管理岗位工作起始年限3年（含）以上的得1.5分，起始年限2年（含）-3年得1分，起始年限1年（含）-2年得0.5分；  （2）项目负责人政府医疗卫生保险项目管理工作经历满分1.5分，没有不得分，如有工作经历，政府医疗卫生保险项目管理工作起始年限3年（含）以上得1.5分，起始年限2年（含）-3年得1分，起始年限1年（含）-2年得0.5分。  （3）项目负责人持有医疗卫生类证书，得1分，没有不得分；  （4）项目负责人持有法律类资格证书，得1分，没有不得分。  2.专业服务团队由具有医疗健康管理工作经验、健康保险理赔工作经验丰富的专业人员组成，团队教育背景应涵盖预防医学、临床医学、 法律等专业并具有相应执业资格，该项满分10分。  **具体要求**：提供团队人员简介，并提供5 人的毕业证书和执业资格证书，每人均需同时具备规定的毕业证书和执业资格证书。毕业证书包括预防医学、临床医学、护理学和法律专业，执业资格证书包含公共卫生类、临床医学类和法律的执业资格证书。每提供1份证书得1分（每份毕业证书或执业资格证书均可得1分），没有相应证书不得分。  3.上述团队应为供应商正式员工，并确保项目运营后上述人员实际负责项目运行，该项满分5分。  **具体要求**：需提供以上5名成员近1年内满6月的社保缴存记录。每名成员符合要求的社保缴存记录得1分，不符合不得分。  注：需提供项目团队人员劳动合同复印件、工作简历、学历证书、社保缴存记录复印件等。 | 20 |
| 质量保证措施 | 供应商质量管理体系健全，具体要有运营流程，紧急情况处置能力及承接该项目的同类保险产品条款：  1.运营流程：具有承接该项目单独运营手册，得3分；运营手册完整，具备可操作性，得1分；流程清晰并配有流程图，得1分；流程图简单明了，操作便捷，得1分；团队分工清晰，责任明确，得1分；满分7分，按实际情况得分；  2.紧急情况处置能力：具有承接该项目的申诉（投诉）应对预案，得3分；申诉（投诉）应对预案内容完整，具备可操作性，得1分；申诉（投诉）应对迅速,处理高效（回复时效性＜24小时，得1分；回复时效性≥24小时，不得分）；客户投诉业务管理办法健全，得1分；对于客户投诉业务，有相应的监督考核机制，得1分；满分7分，按实际情况得分。  3.同类保险产品条款：供应商具有在保监会备案的同类产品开发经验或储备情况，须提供已报备的同类产品条款，条款内容及表述需符合政策要求（与北京市补偿办法等政策文件比较）。完全符合得6分；部分符合得1-5分；不符合不得分。 | 20 |
| 服务承诺 | 1.供应商须提供沟通机制、信息报送机制以及客户信息保密机制，内容包括①沟通方案，要求有专人定期沟通；②信息报送方面，要求有专人定期进行信息报送；③客户信息保密方面，要求公司有配套的客户信息保密系统等，三项内容均有得6分；  2.供应商提供实质性优惠服务，（如提高保险责任、提高理赔时效、提高服务水平和专业性）等实质性优惠服务，每提供一项增加2分，最高得4分。 | 10 |
| 总分 | | | 100 |

**（一）供应商资质情况（承担专业资质等）**

**（二）供应商的业绩**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **服务时间** | **项目内容** | **合同金额** | **最终用户名称** | **联系人及电话** | **履约情况** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |

注：1. 供应商应如实列出以上情况，如有隐瞒，一经查实将导致其遴选申请被拒绝。

2. 供应商应按照评标办法和评标标准中的要求提供业绩证明材料。

**（三）项目方案**

**（四）项目人员配备**

**项目团队成员一览表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 年龄 | 学历 | 技术职称/执业/职业资格 | 从事相关工作年限 | 在本项目中拟担任工作 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**主要人员简历表（格式）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 人员基本资料 | 姓名： | 出生年月： |
| 学历： | 毕业院校： |
| 所学专业： | 工作年限： |
| 执业或职业资格： | 技术职称： |
| 单位职务： | 从事相关工作年限： |
| **自** | **至** | **承担的项目业绩经验** |
| 年 月 | 年 月 |  |
| 年 月 | 年 月 |  |
| 年 月 | 年 月 |  |
| 年 月 | 年 月 |  |
| 年 月 | 年 月 |  |

**（五）质量保证措施**

**（六）服务承诺**

附件3

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 项目申报单位 |  |
| 联系人 |  |
| 联系方式 |  |
| 电子邮件 |  |
| 申请经费（单位：万元） |  |
| 报名时间 |  |

报名表