

互助县为县级选派驻村干部购买人身意外伤害保险的公告

一、项目简介

1.参保内容：互助县县级选派的驻村第一书记和工作队员人身意外伤害保险，共 234 人，保险责任期限为 1 年，自 2024 年 9 月 28 日 0 时 0 分起至 2025 年 9 月 27 日 24 时 0 分止。

2.参保金额：财政预算资金 33 万元。

二、项目要求

1.基本险种：

险 种	保 额
意外伤害疾病	100 万元
意外伤害身故	100 万元
百日住院费用补偿	10 万元
住院费用补偿	10 万元
住院津贴（疾病+意外）	100 元/天

2.保险责任期限内，如变更驻村第一书记和工作队员，在保证险种不变、给付标准不变的前提下，及时更新被保险人信息，不收取任何费用。

三、提供保险服务方具备的资格条件及报价所需资料

1.资格条件：具有良好商业信誉和健全财务会计制度保险公司分公司或分支机构，每家保险公司只能授权一家分公司或分支机构参加报价。

2.所需材料：

营业执照正副本、本项目管理和服务人员情况表、承诺函（附件2）、提供保险服务方基本情况表（附件3）、保险服务方案。

3.以上要求提供保险服务方提供的资格证明文件复印件或扫描件必须加盖提供保险服务方公章。

四、报价方式

本项目采取现场报价方式（时间另行通知），提供保险服务方一次报出不得更改的价格，询价小组根据符合采购需求、质量和服务相等且报价最低的原则确定成交供应商。

提供保险服务方除报价函（附件1）外，所需资料于2024年9月9日18：00前扫描发送至15297199695@163.com（资料提供不及时、不齐全的不得参加现场报价）。

询价单位：中共互助县委组织部

联系电话：0972-8328374

附件：1.报价函

2.承诺函

3.提供保险服务方基本情况表

附件 1

报 价 函

中共互助县委组织部：

我方决定参加贵单位组织的“互助县县级选派的驻村第一书记和工作队员人身意外伤害保险”项目报价。

总报价为_____元人民币，_____元/人/年
(总报价大写：_____)

提供保险服务方名称：（盖章）

法定代表人或授权代表（签字）：

年 月 日

附件 2

承 诺 函

中共互助县委组织部：

我公司作为本次采购项目的提供保险服务方，根据报价要求，现郑重承诺如下：

一、具备《中华人民共和国政府采购法》第二十二条第一款和本项目规定的条件：

- （一）具有独立承担民事责任的能力；
- （二）具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；
- （三）具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；
- （四）有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；
- （五）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；
- （六）未被工商行政管理机关在国家企业信用信息公示系统（<http://www.gsxt.gov.cn>）列入严重违法失信企业名单；
- （七）未被“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）列入“失信被执行人名单”；
- （八）未发生借取他人或向他人出借资质或业绩的情况；
- （九）法律、行政法规规定的其他条件；

（十）根据采购项目提出的特殊条件。

二、完全接受和满足本项目报价中规定的实质性要求。

三、参加本次采购活动，不存在与单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的其他提供保险服务方参与同一合同项下的采购活动的行为。

四、参加本次采购活动，不存在和其他提供保险服务方在同一合同项下的采购项目中，同时委托同一个自然人、同一家庭的人员、同一单位的人员作为代理人的行为。

五、我公司法定代表人（主要负责人）在前 3 年内不具有行贿犯罪记录。

六、我公司满足法律法规强制性要求的其他许可或认证资格。

本公司对上述承诺的内容事项真实性负责。如经查实上述承诺的内容事项存在虚假，我公司将退出本次报价。如已选择我公司作为提供保险服务方，我公司愿意承担一切法律责任。

提供保险服务方名称：（盖章）

法定代表人或授权代表（签字）：

年 月 日

附件 3

提供保险服务方基本情况表

名 称						
注册地址				邮政编码		
联系方式	联系人		电话			
	传真		网址			
组织结构						
法定代表人	姓名		技术职称		电话	
成立时间			员工总人数：			
资质等级						
营业执照号						
注册资金						
开户银行						
账 号						
经营范围						

提供保险服务方名称： （盖章）

法定代表人或授权代表（签字）： 年 月 日