**改制自收自支事业单位代管退休、在职人员补充医疗费用**

**遴选文件**

**项目编号：BIECC-24CG10416**



**北京国际工程咨询有限公司**

**2024年12月**

**目录**

[第一章 遴选公告 3](#_Toc2098)

[第二章 供应商须知 6](#_Toc3692)

[第三章 技术要求 12](#_Toc2360)

[第四章 合同文本 14](#_Toc27732)

[第五章 附件—响应文件格式 20](#_Toc694)

[附件 1. 报价表 21](#_Toc26655)

[附件 2. 报价明细表 22](#_Toc18219)

[附件 3. 营业执照 23](#_Toc8544)

[附件 4. 声明 24](#_Toc32036)

[附件 5. 供应商在“信用中国”的信用查询记录 25](#_Toc31070)

[附件 6. 法定代表人授权书 26](#_Toc10770)

[附件 7. 供应商基本情况表 27](#_Toc27645)

[附件 8. 业绩证明文件 28](#_Toc7577)

[附件 9. 项目团队 29](#_Toc2139)

[附件 10. 技术文件 30](#_Toc22594)

[附件 11. 遴选文件要求的或供应商认为必要的其他文件 31](#_Toc19258)

1. **遴选公告**

**遴选公告**

北京国际工程咨询有限公司受北京市文化和旅游局综合事务中心的委托，对下述项目进行国内公开遴选，欢迎有意愿的供应商前来报名。

1. **项目名称：**改制自收自支事业单位代管退休、在职人员补充医疗费用
2. **项目编号：**BIECC-24CG10416
3. **项目内容：**如下表，具体要求见第四章“技术要求”。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **包号** | **服务内容** | **服务期限** | **预算金额****（万元）** |
| 01 | 改制自收自支事业单位代管退休、在职人员补充医疗费用 | 2025年1月1日起至2025年12月31日止。 | 49.22 |

注：供应商报价不能超出预算金额，否则其响应将被拒绝。

1. **合格供应商：**见第二章“供应商须知”。
2. **购买遴选文件时间和地点：**
3. 时间：2024年12月18日起至2024年12月23日，每天9时30分至11时30分，13时30分至16时30分（国家法定节假日可电汇或网银）。
4. 地点：北京市西城区广安门外大街甲275号6层605会议室。
5. 遴选文件售价：

人民币500元，售后不退。

获取方式：现场购买或电汇购买。

供应商如电汇购买标书，请将电汇底单及以下表格发邮件至wangsiyu@biecc.com.cn，邮件主题请统一填写：购买标书信息+项目编号。发完邮件后请打遴选公告中的电话确认。若电汇、网银或邮购，标书款必须于2024年12月23日16:30前到账。付款请务必备注“项目编号+用途”，例：BIECC-24CG10416标书款。

若需邮寄纸质版遴选文件，须加付邮费100元人民币。电子版遴选文件免费下载方式：登陆www.biecc.com.cn，进入主页后点击“公司动态——招标代理——标书下载”（免费下载）。

|  |  |
| --- | --- |
| 项目编号 |  |
| 包号（有就写） |  |
| 公司名称 |  |
| 纳税人识别号 |  |
| 公司地址 |  |
| 联系人 |  |
| 联系电话 |  |

1. **响应文件递交说明：**
2. 递交文件时间：2024年12月26日下午15时30分整（北京时间）。逾期收到或不符合规定的响应文件恕不接受。
3. 递交地点：北京市西城区广安门外大街甲275号5层507会议室。
4. **评审办法：**综合评分法。
5. **其他：**1、响应文件请于递交当日（响应文件递交截止时间之前）递交至规定地点，逾期恕不接受。

2、收款单位：北京国际工程咨询有限公司

开户行：交通银行北京右安门支行

账号：81100602610130021000001

1. **采购人：北京市文化和旅游局综合事务中心**

地址：北京市通州区留庄路1号院1号楼

联系人：芮老师

联系电话：010-55525870

1. **招标代理机构：北京国际工程咨询有限公司**

地址：北京市西城区广安门外大街甲275号

项目联系人：王思宇、鲍杜佳、崔云龙、黄春艳、周圆圆

联系电话：010-63256361转6177

1. **供应商须知**

**供应商须知**

1. **说明**
2. **合格的供应商**
	1. 本项目供应商必须在中华人民共和国境内注册，具有独立法人资格或经总公司授权参与本项目投标的分支机构。本项目允许保险服务机构设立的分支机构参与投标，但同一保险服务机构总公司和其下属分支机构不得同时参加本项目。分支机构参与本项目投标应出具保险服务机构总公司针对本项目出具的授权书。
	2. 供应商必须具有银保监会及其派出机构颁发的有效的《保险许可证》。
	3. 供应商必须遵守国家相关法律法规的规定，具有良好的信誉和诚实的商业道德。
	4. 供应商参加此遴选活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录。
	5. 通过“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）（查询截至时点为响应文件截止时间前3个工作日内），对列入失信被执行人、重大税收违法案件当事人的供应商，没有资格参加本项目的遴选。
	6. 本项目不接受联合体投标。
3. **响应文件的编写**
4. **响应文件的组成**
	1. 应在其响应文件中按遴选文件第五章规定的格式，填写提供以下（但不限于）文件或资料，提供复印件的须加盖单位公章：
5. 报价表（附件1）
6. 报价明细表（附件2）
7. 营业执照（附件3）
8. 声明（附件4）
9. 供应商在“信用中国”的信用查询记录（附件5）
10. 法定代表人授权书（附件6）
11. 供应商基本情况表（附件7）
12. 业绩证明文件（附件8）
13. 项目团队（附件9）
14. 技术文件（附件10）
15. 遴选文件要求的或供应商认为必要的其他文件（附件11）
	1. **供应商应将响应文件装订成册（不允许活页装订，否则该响应文件将予以拒绝）。**
16. **响应文件的递交**
17. **响应文件的数量、密封和标记**
	1. 供应商应提交一份纸质正本“响应文件”、两份纸质副本“响应文件”和一份电子文档（光盘或U盘）。每份纸质响应文件封面的右上角应标明“正本”或“副本”。
	2. 供应商应将纸质正本、纸质副本和电子文档（光盘或U盘）密封，并标明项目名称及正本、副本或电子文档等信息。
	3. 每一密封信封上注明“于年月日时之前（指遴选文件中规定的日期及时间）不准启封”的字样。
18. **递交响应文件的截止时间**
	1. 所有响应文件（包括一份纸质正本“响应文件”、两份纸质副本“响应文件” 和一份电子文档（光盘或U盘））都必须按遴选公告中规定的响应截止时间之前送达规定地点。
19. **评审**
20. **评审原则及主要方法**
	1. 本次评审采用综合评分法，是指在满足遴选文件实质性要求的前提下，按照遴选文件中规定的各项因素进行综合评审后，由评委依据遴选文件和评审办法以及有关法律法规的要求对中每个合格的供应商进行独立打分，所有评委对中同一供应商打分的算术平均值为该供应商的最终得分（所有得分保留小数点后两位，第三位四舍五入）。**供应商按最终得分高低依次排序，得分最高的供应商为成交供应商。**
	2. 本项目具体评分因素、分值和评分标准如下：

| **序号** | **评审因素及说明** | **分值** |
| --- | --- | --- |
| **一、商务部分（26分）** |
| 1.1 | **基本情况：**考虑供应商的综合实力、资质证书、获奖荣誉、具备履行合同所必需的专业技术能力等，能够完全满足本项目要求得6-8分；能够基本满足本项目要求得3-5分；可能无法满足本项目要求得2分及以下。 | 0-8 |
| 1.2 | **相关业绩：**供应商自2021年1月1日至遴选截止日前承担过的本项目类似项目，每提供1个合格业绩证明，得3分，满分18分。（业绩证明材料应提供双方合同复印件，合同内容应包括但不限于：双方单位名称、委托金额、委托内容等） | 0-18 |
| **二、技术部分（64分）** |
| 2.1 | **项目团队人员：**综合考察项目团队人员承担同类项目经验丰富、履历优秀，服务团队人员配置合理、职责分工明确、专业人员数量充足、针对性强得12-14分；项目团队人员经验较为丰富、履历较为优秀，团队人员配置、相关专业人员能够匹配本项目要求得8-11分；项目团队人员经验较少，团队人员配置、相关专业人员不能完全满足本项目要求得4-7分；项目团队人员经验不足，团队人员配置、相关专业人员无法满足本项目要求得1-3分；未提供不得分。 | 0-14 |
| 2.2 | **承保服务方案：**方案完整、内容具体、全面，有详细说明，承保实施方案流程明确、便捷，服务承诺好、可实施性强，得16-20分；方案较完整、内容全面，但细化不足，承保实施方案流程较完善、但稍显复杂，有服务承诺，有可实施性，得11-15分；方案基本合理，服务内容不够具体、全面、详细，承保方案流程繁琐、无针对性，有服务承诺、具有一定的操作性，得6-10分；方案欠完善，存在明显瑕疵，流程不明确，可操作性差，得1-5分。未提供，得0分。 | 0-20 |
| 2.3 | **理赔服务方案：**方案完整、内容具体、全面，有合理的理赔实施方案，流程明确、便捷，时效说明详尽，服务承诺好、可实施性强，得16-20分；方案较完整、内容全面，但细化不足，理赔实施方案较完善，流程科学，时效说明不够详细，有服务承诺、可实施性，得11-15分；方案基本合理，服务内容不够具体、全面、详细，理赔方案不完整，流程、时效说明欠完善，有服务承诺，具有一定的操作性，得6-10分；方案欠完善，存在明显瑕疵，流程、实效不明确，可操作性差，得1-5分。未提供，得0分。 | 0-20 |
| 2.4 | **应急及重大案件处理：**投标人根据可能出现的紧急情况，制定时效性强有针对性的应急方案，从方案的科学性、合理性、可实施性等方面进行综合比较：方案完整、全面，预案科学、合理，反应时间短，有专门的应急处理团队，完全满足项目特点和招标文件要求的，得8-10分；方案较完整、全面，预案比较科学、合理，反应时间较短，有专门的应急处理团队，满足项目特点和招标文件要求的，得5-7分；方案合理性一般，反应时间较长，未配备专门的应急处理团队，基本满足项目特点和招标文件要求的，得1-4分； 未提供方案或完全不满足招标文件要求，得0分。  | 0-10 |
| **三、价格部分（10分）** |
| 3.1 | 综合评分法中的价格分统一采用低价优先法计算，即满足遴选文件要求且响应价格最低的评审价为评标基准价，其价格分为满分。其他供应商的价格分统一按照下列公式计算：价格得分＝（评标基准价/响应报价）×10。 | 0-10 |

1. **成交**
2. **成交准则**
	1. 采购人将把合同授予被确定为实质上响应遴选文件的要求并有履行合同能力和意愿的综合得分最高的供应商。
	2. 排名第一的供应商放弃成交、因不可抗力不能履行合同或者被查实存在影响成交结果的违法行为等情形，不符合成交条件的，采购人可以按照评审委员会提出的候选人名单排序依次确定其他成交候选人为成交供应商。
	3. 通过初步审核的供应商应不少于3家，否则终止本次遴选程序。
3. **其他**
4. **代理费**

代理费参照原《招标代理服务收费管理暂行办法》（计价格〔2002〕1980号）、国家发展改革委办公厅关于招标代理服务收费有关问题的通知》（发改办价格〔2003〕857号）的规定，本项目的成交供应商应在成交通知书发出的同时一次性向招标代理机构支付代理服务费。

1. **技术要求**

**一、改制自收自支事业单位补充医疗保险项目需求**

截止2024年12月，服务人数为104人。

提供以下服务：

1、在加入北京市基本医疗保险后，通过投保补充医疗保险来降低员参保人员的医疗费用负担，提供保险手册。

2、随时为客户提供上门理赔服务、现场服务和保险相关的咨询服务。

3、在保险期间内的固定服务部门和人员，如有变动及时告知。

4、被保险人有异议时要提供相关解释及核查单据等服务工作。

5、如被保险人需要理赔的材料或证明要积极配合。

6、保证服务质量，保证按月及时准确的支付保险金。

1. **合同文本**

**团体综合补充医疗保险业务合作协议**

**投保人（甲方）： 北京市文化和旅游局综合事务中心**

**保险人（乙方）：**

根据《[中华人民共和国民法典](https://baike.so.com/doc/24285488-25517578.html%22%20%5Ct%20%22https%3A//baike.so.com/doc/_blank)》和《中华人民共和国保险法》等有关规定，甲、乙双方在平等互利的基础上，经友好协商，就投保人投保员工团体保险事宜，达成如下协议。本协议与投保书、保单、每一具体险种的基本条款、被保险人名册、合法有效的声明及其它投保文件共同构成保险合同，各文件相互补充，为不可分割的整体。

上述书面文件中若有与本协议不一致的内容，以本协议为准。未尽事宜，则以保险标准条款为准。保险标准条款是指保险人向原中国银行保险监督委员会备案的条款。

# 甲方投保情况说明

甲方作为投保人，为其单位已参加北京市城镇职工基本医疗保险的员工统一投保乙方的团体综合补充医疗保险计划，投保险种具体以承保保单为准，具体参保人员详细信息以甲方向乙方提供的投保人员信息清单为准。

# 保险期限

本协议约定保险有效期限为一年，自 2025 年 1 月 1 日零时起至 2025年 12 月 31 日二十四时止。

# 参保人数与保额、保费

本计划参保的主被保险人合计 人，其中退休人数 人；

**主被保险人： 单位：元**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **选项** | **保障项目** | **保险人数** | **保险金额** | **人均保费** | **总保费** |
| **□** | **补充医疗** |  | **详见后附** |  |  |
| **□** | **意外伤害** |  |  |
| **□** | **意外医疗** |  |  |
| **□** | **重大疾病** |  |  |
| **□** | **住院津贴** |  |  |
| **□** | **疾病身故** |  |  |
| **合计** |  |

**缴费方式为：☑趸缴**

**□期缴 ：□月缴、□季缴、□半年缴**

本计划参保的附属被保险人合计 人；

**附属被保险人： 单位：元**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **选项** | **保障项目** | **保险人数** | **报销比例** | **人均保费** | **总保费** |
| **□** | **子女医疗** |  | **50%** |  |  |
| **□** | **子女医疗** |  | **90%** |  |  |
| **□** | **子女医疗** |  | **100%** |  |  |
| **合计** |  |

**缴费方式为：□趸缴**

**□期缴 ：□月缴、□季缴、□半年缴**

**本计划合计首期保费为 元(人民币)。**

# 补充医疗保险责任说明

**一、团体补充医疗保险**

**1、小额门（急）诊保险金：**被保险人在保险期间内发生的、属于北京市城镇职工基本医疗保险支付范围内的门（急）诊医疗费用，乙方对于门诊大额医疗互助资金起付标准之下、甲、乙双方约定的 500 元免赔额之上的“个人自付一”的门（急）诊医疗费用，按 100%的赔付比例给付小额门（急）诊保险金。

**2、大额门（急）诊保险金：**被保险人在保险期间内发生的、属于北京市城镇职工基本医疗保险支付范围内的门（急）诊医疗费用，乙方对于门诊大额医疗互助资金起付标准之上、门诊大额医疗互助资金支付限额之下，应当由被保险人个人负担的“个人自付一”门（急）诊医疗费用，按甲、乙双方在投保时约定的 100 % 赔付比例给付大额门（急）诊保险金。

**3、超大额门（急）诊保险金：**被保险人在保险期间内发生的、属于北京市城镇职工基本医疗保险支付范围内的门（急）诊医疗费用，乙方对于门诊大额医疗互助资金起付标准之上（上不封顶）应当由被保险人个人负担的“个人自付一”门（急）诊医疗费用，按甲、乙双方在投保时约定的 100 % 赔付比例给付大额门（急）诊保险金。

**4、小额住院医疗保险金：**被保险人在保险期间内发生的、属于北京市城镇职工基本医疗保险支付范围内的住院医疗费用，乙方对于统筹基金起付标准之下应当由被保险人个人负担的“个人自付一”的住院医疗费用，在扣除 0 元免赔额，按 100 % 赔付比例给付小额住院保险金。

**5、基本住院医疗保险金：**被保险人在保险期间内发生的、属于北京市城镇职工基本医疗保险支付范围内的住院医疗费用，乙方对于统筹基金起付标准之上、统筹基金最高支付限额之下的应当由被保险人个人负担的“个人自付一”的住院医疗费用，按照 100 %赔付比例给付基本医疗保险金。

**6、大额住院医疗保险金：**被保险人在保险期间内发生的、属于北京市城镇职工基本医疗保险支付范围内的住院医疗费用，乙方对于统筹基金支付限额之上、大额医疗互助资金支付限额之下应当由被保险人个人负担的“个人自付一”的住院医疗费用，按照 100 %赔付比例给付大额住院医疗保险金。

**7、超大额住院医疗保险金：**被保险人在保险期间内发生的、属于北京市城镇职工基本医疗保险支付范围内的住院医疗费用，乙方对于大额医疗互助资金支付限额之上、甲、乙双方约定的超大额医疗费用限额 —— 万元之下的部分医疗费用，按甲方在投保时约定的 —— %赔付比例给付超大额医疗保险金。

# 特别约定

**□有 ☑无**

# 保全服务事项

**一、人员增减服务：**本保险有效期间内，乙方为甲方提供如下人员增减服务：

**1**、员工增减以甲方员工的入职、离职通知时间为准，对符合甲方录用要求和乙方承保条件的员工，增加人员保险责任自员工实际入职当月开始，减保人员保险责任自离职当月终止。人员增减时甲方需提供人员变更详细清单，填写《团体保险变更申请书》(加盖公章)和《团体保险被保险人增减信息清单》(加盖公章)，增加或减少人员的保险费用结算以《团体保险被保险人增减信息清单》的记录为准，人员增减变化批改追溯期：90天。

如果在追溯期内发生意外保险事故，甲方须提供符合客观事实的被保险人的入职证明。甲方提交保全报告应遵守诚实守信原则，以事实为依据。

**2、人员增减保费具体计算为：**

* 增加人员应缴保费=年缴保费×实际保障天数/365。
* 未满期保费=年缴保费×（365-实际保障天数）/365。
* 已发生过理赔的员工，退保时不退费。

**3**、如果当次增减人员发生后人数少于原投保人数的75%，或增减人员后导致整体平均年龄超出原平均年龄3岁以上，乙方有权在征得甲方同意的前提之下对上述保费计算公式进行调整。

**二、保全保费结算：**

本保险有效期内，由于增减被保险人产生的保费变化，甲、乙双方应通过银行转账方式划至对方指定的银行账户。

账户信息如下：

账户名：

开户银行：

账号：

保险公司账户信息如下：

账户名：

开户行：

账号：

# 附则

**一、**本协议中门诊、住院保险是以现行的《北京市基本医疗保险规定》、《北京市基本医疗就医管理暂行办法》、《北京市基本医疗结算办法》、《北京市基本医疗保险用药报销目录》、《北京市基本医疗保险诊疗项目报销目录》及《北京市基本医疗保险医疗设施目录》等为依据，在本协议及乙方保险条款中与上述管理规定不相符的，以上述管理规定为准，若政府有新颁布政策文件或有调整则以新文件或新规定为准。

二**、**本协议为对条款内容的补充，对协议履行过程中的未尽事宜，双方应及时协商，达成补充协议后执行。

**三、**如遇国家或北京市政府正式发布的相关政策及法律、法规发生变化，对协议的执行发生重大影响，双方须以国家或北京市政府的政策、法律、法规为准，对本协议进行修改或签订补充协议。

四**、**协议双方均有对因签署和履行本协议而从对方获得或接触到的信息（保密信息）保密的义务。 保密信息包括甲方提供的有关被保险人的信息，投保相关信息，有关甲方产品、服务、商业、运作或客户信息、资料或数据，以及本协议的存在和条款内容，不论这些文件或资料是否被标识为“保密”字样。

五**、**本协议一共 四 份，具有同等效力，甲方执 三 份乙方执 一 份。

|  |  |
| --- | --- |
| **甲方：** | **乙方：** |
| **年 月 日（签章）** |  **年 月 日（签章）** |

1. **附件—响应文件格式**
2. **报价表**

项目名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 项目编号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

单位：人民币元

|  |  |
| --- | --- |
| **供 应 商** |  |
| **遴选总报价****（合同总价）** | 大写金额：人民币 小写金额：￥  |
| **服务期** |  |
| **其他声明** |  |

供应商名称并加盖公章：

授权代表签字：

日期： 年 月 日

1. **报价明细表**

项目名称： 项目编号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **内容** | **说明** | **单价（人均保费）（元）** |
| 1 | **补充医疗** |  |  |
| 2 | **意外伤害** |  |  |
| 3 | **意外医疗** |  |  |
| 4 | **重大疾病** |  |  |
| 5 | **住院津贴** |  |  |
| 6 | **疾病身故** |  |  |
| ... |  |  |  |

注：1. 如果不提供报价明细表将视为没有实质性响应遴选文件。

2. 上述报价明细，也可另页描述。

供应商名称并加盖公章：

授权代表签字：

日期： 年 月 日

1. **营业执照及证明材料**
2. 本项目供应商必须在中华人民共和国境内注册，具有独立法人资格或经总公司授权参与本项目投标的分支机构。本项目允许保险服务机构设立的分支机构参与投标，但同一保险服务机构总公司和其下属分支机构不得同时参加本项目。分支机构参与本项目投标应出具保险服务机构总公司针对本项目出具的授权书。
3. 供应商必须具有银保监会及其派出机构颁发的有效的《保险许可证》。

供应商应提供以上证明材料的复印件并加盖公章

1. **声明**

声明内容：

1. 近三年无处于被责令停业、财产被接管、冻结、破产状态的声明
2. 近三年在经营活动中没有重大违法、违纪、违规记录的声明

注：声明函必须加盖公章，格式自拟。

1. **供应商在“信用中国”的信用查询记录**

说明：供应商需提供“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）的信用信息查询记录截图（须加盖供应商公章。此信用信息查询记录截图的截至时点为投标截止时间前3个工作日内）。

对未提供该信用信息记录截图的供应商，或者已经列入失信被执行人、重大税收违法案件当事人的供应商，没有资格参加本项目的遴选。

1. **法定代表人授权书**

本授权委托书声明：我 （法定代表人姓名） 系注册于 （供应商地址） 的 （供应商名称） 的法定代表人，现代表公司授权下面签字的 （被授权人的姓名、职务） 为我公司合法代理人，代表本公司参加 （项目名称） 的响应活动。代理人在本次响应中所签署的一切文件和处理的一切有关事物，我公司均予承认。

本授权书于 年 月 日签字生效，特此声明。

后附被授权人身份证复印件。

供应商名称并加盖公章：

法定代表人签字：

代理人（被授权人）签字：

日期： 年 月 日

1. **供应商基本情况表**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 法定代表人 |  | 注册资金 |  |
| 单位性质 |  | 成立时间 |  |
| 单位地址 |  |
| 经营范围 |  |
| 开户银行 |  | 银行账户 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 基本情况 |  |

供应商名称并加盖公章：

授权代表签字：

日期： 年 月 日

1. **业绩证明文件**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 行业类型 | 项目名称 | 起止时间 | 业务描述 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

注：供应商应对近2021年1月1日至今做过的相关业绩作出说明（须提供相应的合同首页、服务标的内容页、与合同双方盖章页复印件并加盖公章。）

供应商名称并加盖公章：

授权代表签字：

日期： 年 月 日

1. **项目团队**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 年龄 | 学历 | 本项目职责分工 | 参加工作时间及年限 | 获得相关执业资格证书或其他资质证书 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

注：附团队人员的身份证、学历证（若有）、学位证（若有）等相关资料复印件并加盖供应商公章）

供应商名称并加盖公章：

授权代表签字：

日期： 年 月 日

1. **技术文件**

供应商自行根据遴选文件技术要求进行编制，包括但不限于以下内容：

承保服务方案

理赔服务方案

应急及重大案件处理

1. **遴选文件要求的或供应商认为必要的其他文件**