

采 购 合 同

梧州市红十字会医院职工补充医疗保险 协议书

甲方：梧州市红十字会医院

乙方：中国人寿保险股份有限公司梧州分公司

根据 2025 年 3 月 28 日 广西科文招标有限公司所签发的成交通知书，甲方接受乙方为“梧州市红十字会医院 **2025 年度职工补充医疗保险（重 3）**”项目所做的谈判文件及竞标补充书面承诺，乙方必须完全按其承诺向甲方履行义务。甲乙双方同意按下述条款和条件签署本协议。

一、协议文件

本协议所附下列文件是构成本协议不可分割部分：

- （一）谈判文件；
- （二）服务单位提交的响应文件及竞标补充书面承诺；
- （三）成交通知书。

二、服务期限：2025 年 1 月 1 日起至 2025 年 12 月 31 日。

三、采购内容：本次梧州市红十字会医院职工补充医疗保险人员共 2626 人。购买人数以 2024 年 12 月 31 日当天在职职工和离退休人员实有总人数为准，标准预算为 189 元/每人，**总价：人民币(大写)肆拾玖万陆仟叁佰壹拾肆元整(小写：¥496,314.00)**。具体内容要求如下：

1. 等待期为 0 天；意外门诊保额 3000 元，住院保额 5000 元，被保险人的公共保险金额为 0 元。

2. 若被保险人参加公费医疗、社会医疗保险，住院医疗费用免赔额为 0 元，给付比例为 90%；门诊医疗费用免赔额为 100 元，给付比例为 100%。若被保险人未参加公费医疗、社会医疗保险，住院医疗费用免赔额为 300 元，给付比例为 80%；门诊医疗费用免赔额为 100 元，给付比例为 80%。

3. 单个被保险人住院保险金额为 5000 元。住院医疗费用报销公式：（1）有医保情况下， $\text{报销金额} = (\text{住院总费用} - \text{全自费金额} - \text{超限额自费} - \text{按比例个人支付金额} - \text{统筹支付}) \times 90\%$ ；（2）无医保情况下， $\text{报销金额} = (\text{住院总费用} - \text{全自费金额} - \text{超限额自费} - \text{按比例个人支付金额} - \text{免赔额 } 300 \text{ 元}) \times 80\%$ 。对每一被保险人给付的保险金以该被保险人的保险金额为限，一次或累计给付的保险金达到该被保险人的保险金额时，对该被保险人的保险责

任终止。

4. 单个被保险人意外门诊保险金额为 3000 元。门诊医疗费用报销公式: (1) 有医保情况下, 报销金额=(门诊总费用-全自费金额-按比例个人支付金额-免赔额 100 元) X100%; (2) 无医保情况下, 报销金额=(门诊总费用-全自费金额-按比例个人支付金额-免赔额 100 元) X80%。对每一被保险人给付的保险金以该被保险人的保险金额为限, 一次或累计给付的保险金达到该被保险人的保险金额时, 对该被保险人的保险责任终止。

5. 扣除当地当年职工社会基本医疗保险统筹基金的最高支付限额后, 对于被保险人在指定医疗服务提供单位就医或者配药所支出的、在当地社会医疗保险部门规定的基本医疗保险统筹基金支付项目范围内的医疗费用, 在保险金额范围内按 90% 的给付比例给付保险金。

6. 单个被保险人保险金额为 10000 元。大病医疗报销公式: 报销金额=(进入大病报销范畴总费用-全自费金额-超限额自费-按比例个人支付金额-统筹支付) X90%。对每一被保险人给付的保险金以该被保险人的保险金额为限, 一次或累计给付的保险金达到该被保险人的保险金额时, 对该被保险人的保险责任终止。

7. 单个被保险人保险金额为 20000 元。(1) 被保险人遭受意外伤害, 并自该意外伤害发生之日起一百八十日内因该意外伤害导致身故的, 按该被保险人的保险金额扣除已给付伤残保险金后的余额给付身故保险金, 对该被保险人的责任终止。(2) 被保险人遭受意外伤害, 并自该意外伤害发生之日起一百八十日内因该意外伤害导致身体伤残的, 根据《人身保险伤残评定标准(行业标准)》(以下简称《标准》, 见附表) 的规定, 按约定的该被保险人的保险金额乘以该处伤残的伤残等级所对应的保险金给付比例给付伤残保险金。当同一保险事故导致两处或两处以上伤残时, 仅按其中一处的伤残等级给付伤残保险金; 如果各处的伤残等级不完全相同且最重的伤残等级所对应的伤残只有一处, 按最重的伤残等级所对应的保险金给付比例给付伤残保险金; 如果各处的伤残等级完全相同或最重的伤残等级所对应的伤残有两处或两处以上, 将该伤残等级在原基础上晋升一级(但最高晋升至第一级), 并按晋升后的伤残等级所对应的保险金给付比例给付伤残保险金。同一部位和性质的伤残, 不能采用《标准》条文两条以上或者同一条文两次以上进行评定。(3) 对每一被保险人给付的保险金以该被保险人的保险金额为限, 一次或累计给付的保险金达到该被保险人的保险金额时, 对该被保险人的保险责任终止。

四、资料

1、投保单位向乙方提供梧州市红十字会医院职工补充医疗保险人员的有关资料。

2、乙方应按投标文件规定的时间向甲方提供有关梧州市红十字会医院职工补充医疗保险方面的相关资料。

3、未经甲方事先书面同意，乙方不得将由甲方提供的有关合同或任何合同条文、规格、计划或资料提供给与履行本合同无关的任何第三方。即使经得甲方同意，向与履行本合同有关的人员提供，也应注意保密并限于履行合同的必须范围。

五、保险费的结算与支付方式

1、承保合同签订后，乙方须在 2 个工作日内将承保合同一份送广西科文招标有限公司盖章确认并上传政府采购云平台系统备案。

2、保险费支付程序：自合同签订之日起 7 日内，成交供应商向采购人一次性开具足额的符合税法规定的增值税普通发票(含税)和请款函，采购人收到发票和请款函后，30 日内一次性付清。

六、乙方必须提供下列文件

1、符合国家金融监督管理总局规定并加盖保险合同专用章的有效纸质保单，以及提供公司官网查询下载的有效电子保单。

2、由税务部门监制的保险费发票。

3、各险种的保险条款。

七、乙方义务

(一) 乙方应主动预约上门为保户办理承保手续；

(二) 乙方应按其在投标文件中表达的保险服务内容为保户提供优质服务。服务内容详见乙方提交的“人身意外伤害综合保险服务措施和人身意外伤害综合保险条款”、“保险事故处理服务表”及“保险理赔服务表”。

(三) 乙方必须严格按照国家金融监督管理总局制定的人身意外伤害保险条款、费率及投标承诺的保费优惠率办理保险业务，并承担保险范围内事故的赔偿责任。甲方不承担任何保险事故案件的赔偿责任。

(四) 乙方必须严格遵守国家规定的政策、法规，认真遵守职业道德及行业规范以及各项财经纪律，坚决杜绝请客送礼、给回扣等一切不正当的竞争行为。

八、甲方义务

(一) 甲方应积极配合乙方做好本级人身意外伤害投保工作。

(二) 甲方有责任对保户提出如下要求：

1、如实申报投保人员情况；

2、申请赔偿时，必须按人身意外伤害保险条款的规定向乙方提供全部索赔单证；

（三）甲方对乙方为保户承保情况进行定期或不定期的检查。在定点保险执行过程中，如果定点公司存在不按投标承诺收取保费和提供保险服务的行为，甲方将按《中华人民共和国政府采购法》对其进行处罚，并取消定点资格。

九、违约责任

（一）甲方违约，造成乙方损失的，甲方应按《中华人民共和国民法典》有关规定向乙方赔偿损失。

（二）乙方违约，造成乙方损失的，乙方应按《中华人民共和国保险法》有关规定向甲方赔偿损失，直至终止协议。

十、争议及解决

如双方在执行本协议中发生争议，应尽量协商解决，协商不成，可向仲裁部门申请仲裁或向协议履约地当地人民法院起诉。

十一、协议生效及其它

（一）本协议书一式三份，经甲乙双方法定代表人(或负责人)或委托代理人签字并加盖公章后生效，甲乙双方各执一份，采购代理机构执一份。

（二）其他约定事项：合同履行中，如需修改或补充合同内容，由双方协商另签署书面修改或补充协议作为本合同不可分割的一部分。

甲方（章）：梧州市红十字会医院
法定代表人

或委托代理人：

地址：

电话：

乙方（章）：中国人寿保险股份有限公司梧州分公司
法定代表人：邓顺昌

或委托代理人：梁胜举

地址：广西梧州市长洲区工厂一路九龙里 21 号

电话：15777405231

传真：0774-3823809

开户名称：中国人寿保险股份有限公司梧州分公司

开户银行：中国工商银行梧州河西支行

银行帐号：2104 3300 2922 4001 142

签约地点：梧州市红十字会医院

签约日期：2025 年 4 月 11 日

合同附件 1

响应承诺书

服务类

1. 乙方承诺具体事项：见附件 2	
2. 服务方案或进度的具体事项：见附件 2	
3. 拟投入的服务团队人员情况：	
4. 其他具体事项：见附件 2	
甲方(章)	乙方(章)
2025 年 4 月 11 日	2025 年 4 月 11 日

注：各事项填不下时可另加附页。



附件 2

梧州市红十字会医院职工补充医疗保险项目服务承诺书

梧州市红十字会医院：

在我单位的服务过程中，我们将严格执行有关规定，秉承“成己为人，成人达己”的核心文化理念，勇担社会责任，我公司承诺：

一、梧州市红十字会医院职工补充医疗保险承保方案：

1. 等待期为 0 天；意外门诊保额 3000 元，住院保额 5000 元，被保险人的公共保险金额为 0 元。

2. 若被保险人参加公费医疗、社会医疗保险，住院医疗费用免赔额为 0 元，给付比例为 90%；门诊医疗费用免赔额为 100 元，给付比例为 100%。若被保险人未参加公费医疗、社会医疗保险，住院医疗费用免赔额为 300 元，给付比例为 80%；门诊医疗费用免赔额为 100 元，给付比例为 80%。

3. 单个被保险人住院保险金额为 5000 元。住院医疗费用报销公式：（1）有医保情况下， $\text{报销金额} = (\text{住院总费用} - \text{全自费金额} - \text{超限额自费} - \text{按比例个人支付金额} - \text{统筹支付}) \times 90\%$ ；（2）无医保情况下， $\text{报销金额} = (\text{住院总费用} - \text{全自费金额} - \text{超限额自费} - \text{按比例个人支付金额} - \text{免赔额 } 300 \text{ 元}) \times 80\%$ 。对每一被保险人给付的保险金以该被保险人的保险金额为限，一次或累计给付的保险金达到该被保险人的保险金额时，对该被保险人的保险责任终止。

3. 单个被保险人意外门诊保险金额为 3000 元。门诊医疗费用报销公式：（1）有医保情况下， $\text{报销金额} = (\text{门诊总费用} - \text{全自费金额} - \text{按比例个人支付金额} - \text{免赔额 } 100 \text{ 元}) \times 100\%$ ；（2）无医保情况下， $\text{报销金额} = (\text{门诊总费用} - \text{全自费金额} - \text{按比例个人支付金额} - \text{免赔额 } 100 \text{ 元}) \times 80\%$ 。对每一被保险人给付的保险金以该被保险人的保险金额为限，一次或累计给付的保险金达到该被保险人的保险金额时，对该被保险人的保险责任终止。

3. 扣除当地当年职工社会基本医疗保险统筹基金的最高支付限额后，对于被保险人在指定医疗服务提供单位就医或者配药所支出的、在当地社会医疗保险部门规定的基本医疗保险统筹基金支付项目范围内的医疗费用，在保险金额范围内按 90% 的给付比例给付保险金。

4. 单个被保险人保险金额为 10000 元。大病医疗报销公式： $\text{报销金额} = (\text{进入大病报销范畴总费用} - \text{全自费金额} - \text{超限额自费} - \text{按比例个人支付金额} - \text{统筹支付}) \times 90\%$ 。对每一

被保险人给付的保险金以该被保险人的保险金额为限，一次或累计给付的保险金达到该被保险人的保险金额时，对该被保险人的保险责任终止。

5. 单个被保险人保险金额为 20000 元。(1) 被保险人遭受意外伤害，并自该意外伤害发生之日起一百八十日内因该意外伤害导致身故的，按该被保险人的保险金额扣除已给付伤残保险金后的余额给付身故保险金，对该被保险人的责任终止。(2) 被保险人遭受意外伤害，并自该意外伤害发生之日起一百八十日内因该意外伤害导致身体伤残的，根据《人身保险伤残评定标准(行业标准)》(以下简称《标准》，见附表)的规定，按约定的该被保险人的保险金额乘以该处伤残的伤残等级所对应的保险金给付比例给付伤残保险金。当同一保险事故导致两处或两处以上伤残时，仅按其中一处的伤残等级给付伤残保险金：如果各处的伤残等级不完全相同且最重的伤残等级所对应的伤残只有一处，按最重的伤残等级所对应的保险金给付比例给付伤残保险金；如果各处的伤残等级完全相同或最重的伤残等级所对应的伤残有两处或两处以上，将该伤残等级在原基础上晋升一级(但最高晋升至第一级)，并按晋升后的伤残等级所对应的保险金给付比例给付伤残保险金。同一部位和性质的伤残，不能采用《标准》条文两条以上或者同一条文两次以上进行评定。(3) 对每一被保险人给付的保险金以该被保险人的保险金额为限，一次或累计给付的保险金达到该被保险人的保险金额时，对该被保险人的保险责任终止。

二、服务期限：2025 年 1 月 1 日起至 2025 年 12 月 31 日。

三、保险费的结算与支付方式：

自合同签订之日起 7 日内，成交供应商向采购人一次性开具足额的符合税法规定的增值税普通发票（含税）和请款函，采购人收到发票和请款函后，30 日内一次性付清。

四、中标服务商需承诺合同签订时，承保时间以 2024 年 1 月 1 日起至 2024 年 12 月 31 日为准。

如果承诺人违背上述承诺并中标，承诺人自愿承担宣告中标无效、与招标人签订的合同无效、招标人有权拒绝支付合同款、承诺人自身损失自己承担并赔偿招标人因此产生的一切损失的民事法律责任及因此产生的刑事责任。

本承诺书作为是招标人与投标方（中标方）签署采购合同的附件，与合同协议一并签署。

承诺单位名称：中国人寿保险股份有限公司梧州分公司

法定代表人签字（签章）或授权代理人签字：_____

2025 年 4 月 11 日

附件 3

项目采购廉洁承诺书

为深入贯彻落实国家卫生健康委等部门《关于印发医疗机构工作人员廉洁从业九项准则的通知》（国卫医发〔2021〕37号）、《广西壮族自治区医疗卫生机构及其工作人员廉洁从业规定》（桂卫发〔2020〕11号）及《中华人民共和国政府采购法》等文件精神，进一步规范医疗机构项目（包括货物、服务、工程等）采购行为，从源头上遏制和预防项目采购贿赂行为，营造风清气正的购销环境，我公司及所属业务人员作出以下不向医院工作人员赠送“回扣”“红包”等廉洁承诺：

一、严格遵守国家的法律法规，依法依规处理项目采购业务，保证不进行违法乱纪活动，自觉接受执法执纪部门的监督检查。

二、保证严格按照民法典及项目采购合同约定履行。

三、在项目采购活动中，保证不以任何借口向医院及其工作人员（含工作人员的近亲属和其他关系人）给予回扣，主要包括以下内容：

- （一）以各种名义所送礼品、礼金、有价证券和支付凭证等财物；
- （二）报销应当由医院及其工作人员与其近亲属和其他关系人支付的费用；
- （三）向医院及其工作人员提供旅游、考察、宴请、健身、娱乐等活动；
- （四）在医疗活动中向临床提供促销费、开单（药品、检验、耗材等）提成费、推介费等；
- （五）让医院及其工作人员进行以商业目的的处方统计或为其统计提供便利，获取药品、医用设备和医用耗材的用量信息，给予不正当利益的；
- （六）法律法规规定禁止的其他不正当行为。

四、保证不到住院部、门诊部、医技科室等推销产品、项目，不借故到医疗机构相关领导、部门负责人及相关工作人员家中访谈并提供任何好处费。

五、维护正常的医疗秩序，保证不以宴请、到营业性娱乐场所娱乐活动、提供旅游等手段影响医疗机构工作人员的项目（包括货物、服务、工程等）采购选择权。

六、保证不以任何理由要求医院及其工作人员利用任何途径和方式统计医师个人及临床科室有关药品、耗材、后勤物资等的用量信息，或要求为营销人员统计提供便利。

七、如有违反上述承诺，我们愿意接受按照《国家卫生计生委关于建立医药购销领域商业贿赂不良记录的规定》（国卫法制发〔2013〕50号）相关规定处理，以及执法执纪部门的其他处理。

八、本承诺书一式两份，我公司和医疗机构各执一份。

公司名称（盖章）： 中国人寿保险股份有限公司梧州分公司

法定代表人：_____

经办人签名：_____

日期：2025年4月11日

（此页为空白页，请勿在此处填写内容）

附件 4

广西壮族自治区医疗卫生机构 项目采购廉洁协议

甲方：梧州市红十字会医院

乙方：中国人寿保险股份有限公司梧州分公司

为进一步加强医疗卫生行风建设，规范医疗卫生机构医药购销行为，有效防范商业贿赂行为，营造公平交易、诚实守信的购销环境，经甲、乙双方协商，同意签订本协议，并共同遵守：

一、甲乙双方按照《中华人民共和国民法典》、《中华人民共和国政府采购法》及采购合同约定履行本合同内容。

二、甲方应当严格执行货物、服务、工程类采购合同验收、入库制度，对采购内容及发票进行查验，不得违反有关规定合同外采购、违价采购或从非规定渠道采购。

三、甲方严禁接受乙方以任何名义、形式给予的回扣，不得将接受捐赠、资助与采购挂钩。甲方工作人员不得参加乙方安排并支付费用的营业性娱乐场所的娱乐活动，不得以任何形式向乙方索要和收受现金、有价证券、支付凭证和贵重礼品等。被迫接受乙方给予的钱物，应予退还，无法退还的，有责任如实向有关纪检监察部门反映情况。

四、乙方不得以回扣、宴请等方式影响甲方工作人员的采购工作，不得在学术活动中提供旅游、超标准支付食宿费用。

五、乙方不得以围标、相互串通投标，或者排挤其他投标人的公平竞争，损害招标人或者其他投标人的合法权益，严禁以他人名义投标或允许他人以自己的名义投标，不得提供虚假资料参与投标或以其他方式弄虚作假、骗取中标。甲方发现乙方违反规定者，按甲方有关管理规定，列入医院招投标不良行为黑名单。

六、乙方指定 梁胜举 作为授权代表对接业务。授权代表必须在工作时间到甲方指定地点联系对接。不得借故到甲方相关领导、部门负责人及相关工作人员家中访谈并提供任何好处费，甲方发现乙方违反规定者，列入医院招投标不良行为黑名单。

七、乙方如违反本协议，一经发现，甲方有权终止购销合同，并向有关卫生健康行政部门报告。如乙方被列入商业贿赂不良记录，则严格按照《国家卫生计生委关于建立医药购销领域商业贿赂不良记录的规定》（国卫法制发〔2013〕50号）、《广西壮族自治区医药购销领域商业贿赂不良记录实施办法》（桂卫药政发〔2014〕2号）及《中华人民共和国政府采购法》等相关规定处理。

八、本协议作为项目采购合同的重要组成部分，与项目采购合同一并执行，具有同等的法律效力，从签订之日起生效。

甲方（盖章）：梧州市红十字会医院

乙方（盖章）：中国人寿保险股份有限公司梧州分公司

法定代表人/负责人/授权

法定代表人/负责人/授权

代表签字或盖章：

代表签字或盖章：

2025 年 4 月 11 日

2025 年 4 月 11 日