

ДО ВСИЧКИ ЗАИНТЕРЕСОВАНИ ЛИЦА



П О К А Н А
за представяне на оферти

УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА,

Във връзка с необходимостта от избор на застраховател за задължително застраховане „Професионална отговорност“ на лицата, които упражняват медицинска професия в „Специализирана болница за активно лечение на онкологични заболявания – София област“ ЕООД за вредите, които могат да настъпят вследствие на виновно неизпълнение на професионалните им задължения, Ви каним да представите ОФЕРТА.

Предмет на застраховката и покрити рискове: Професионалната отговорност съгласно чл. 189, ал. 1 от Закона за здравето, чл. 469, ал.3 от Кодекса за застраховане и Наредба за задължителното застраховане на лицата упражняващи медицинска професия, приета с Постановление № 208 от 25.09.2018 г. на Министерски съвет.

Застрахователя ще покрие професионалната отговорност на лица, извършващи медицинска дейност, при предявени иски за увреждания, резултат от телесно нараняване, болки и страдания или смърт на пациент, причинени или отдавани на грешка, пропуск или небрежност при професионалното му обслужване от страна на Застрахования, включително и ако има отговорност свързана с отговорността на лечебното заведение (съгласно чл.49 от Закона за задълженията и договорите), както и съдебни разноски.

Покрит риск по тази застраховка е предявяването в срока на застраховката на иск /граждански, наказателни и други/срещу отговорността на някое от застрахованите лица, включително лечебното заведение, за имуществени и неимуществени вреди, причинени на трети лица в резултат на виновно неизпълнение на техните професионални задължения, включително лекарска грешка, в разрез с нормите за извършване на действия по упражняване на медицинска професия.

Застрахован/щ: СБАЛОЗ – София област ЕООД - като юридическо лице;

Застраховани лица: лица, работещи на трудов договор и упражняващи медицинска професия в лечебното заведение – 74 бр.

Разпределение на персонала по категории: I рискова група – 49 броя, II рискова група – 8 броя, III рискова група – 17 броя.

* Застраховката се сключва на база брой персонал, разпределен по рискови групи. Изискване на възложителя е автоматично да се застраховат новопостъпилите служители. Ще се представя справка на всяко тримесечие – списък на лицата упражняващи медицинска професия в лечебното заведение.

Минималните годишни застрахователни суми (в лв.) за едно застраховано лице, упражняващо медицинска професия в лечебното заведение, за едно събитие и минимален агрегатен лимит на отговорност за едно лице за всички събития за една година ,в зависимост от рисковата група да са в съответствие с Приложение № 2 към чл. 10, ал. 2 от Наредба за задължителното застраховане на лицата упражняващи медицинска професия:

Първа група (в лв.)	Втора група (в лв.)	Трета група (в лв.)
50 000	100 000	150 000
100 000 (агрегатен лимит)	200 000 (агрегатен лимит)	300 000 (агрегатен лимит)

Бонусите и отстъпките на застрахователя следва да бъдат включени в ценовата офертата, поради което няма да бъдат оценени, ако се предлагат допълнително.

Самоучастие на лицата – не се допуска.

Срок на застраховката – сключва се за срок от 1 (една) година.

Срок за изплащане на застрахователните обезщетения - застрахователните обезщетения се изплащат по предложение на Застрахователя, но не повече от 15 (петнадесет) дни след постъпването на всички необходими документи при Застрахователя, доказващи претенцията по основание и размер.

Начин на плащане застрахователната премия – разсрочено, на четири равни вноски, след сключване на застрахователния договор.

Съдържание на офертата:

1. Офертите следва да бъдат изготвени по Образец на възложителя (Приложение);
2. Лиценз за извършване на застрахователна дейност по чл. 29 от КЗ;

Критерий за оценка: най-ниска цена, т.е. най-ниска застрахователна премия, определена въз основа на описаните по-горе изисквания с включен данък 2%, съгласно ЗДЗП.

Срокът на валидност на офертата да е 30 календарни дни.

Оферти могат да се представят лично, по факс, електронна поща на адрес sbaloz@sofobl.com или чрез пощенска или друга куриерска услуга с препоръчана пратка с обратна разписка, на адреса на възложителя – Специализирана болница за активно лечение на онкологични заболявания – София област ЕООД /СБАЛОЗ/ с административен адрес: гр. София, п.к. 1233, бул. „Столетов“ № 67, всеки работен ден от 8:00 до 16:00 часа, в срок до 29.05.2020 г.

Приложение: Оферта образец

Д-Р ДИАНА ЙОРДАНОВА
УПРАВИТЕЛ

