**采购需求**

一、服务供应商要求

企业应具有开展健康保险、意外伤害保险等各类人身保险业务的经营范围，具有经营保险业务许可证。

二、服务品类

2024-2025年度员工补充医疗保险

三、服务内容

（一）商业保险

1、被保险人：投保人员包括分行全体在职员工及离退休人员约2900人，最终以实际采购数量为准。

2、保险项目：含门诊保险、住院保险、住院津贴、重大疾病险、定期寿险、意外身故、意外残疾及意外伤害保险；其中，离退休人员（约500人）仅投保门诊、住院费用及住院津贴保险和重大疾病保险。

（二）审单服务

我行委托保险公司负责收集、审核员工提交的医疗单据，保险公司可收取一定服务费用，并开具全额服务费发票。

1、日常医疗保障

保险公司每年提供5次（每季度1次，跨年一月份1次）到分行本部、岛内外网点、离退休中心收取员工本人因门急诊就医或体检发生的医疗费用票据，落实票据医疗背景真实性，根据我行要求（即扣除统筹基金、门诊保险之外由个人负担的部分）进行票据审核、制作审核清单，并将清单在10个工作日内移交我行。

2、住院自费医疗费用

保险公司负责收取员工住院期间发生的自费医疗费用票据，根据我行要求审核可赔付的自费医疗费用金额，包括因治疗按医嘱确需使用医保目录外药品、诊疗项目、医疗耗材所发生的自费费用等。审核结果包括员工医疗各项分解项目、个人自费医疗费用金额及相关材料等，并将审核结果在10个工作日内移交我行。

3、医保目录外药品费用

保险公司负责收取患重大疾病的员工因治疗按医嘱确需使用医保目录外药品所发生的自费费用票据，根据我行要求审核可赔付的自费药品费用金额，审核结果包括医保目录外药品费用金额及相关材料等，并将审核结果在10个工作日内移交我行。

上述审单要素如有变更，分行可书面通知保险公司按新要素提供审单服务。

四、服务团队

保险公司为我行本项目提供专门服务小组，至少安排管理人员1名，需具备五年以上团险服务经验，服务专员4名，需具备三年以上保险行业从业经验。保险公司为本项目拟定的管理人员需参加本次采购谈判，回答采购小组的提问。

五、服务质量要求

1、保险公司应开通咨询服务及理赔投诉电话，安排专人应答和协调处理投诉案件。

2、提供保险收单服务。保险公司接到员工报案后应及时提供保险服务，包括收集、初审、汇总理赔单据及保险咨询等服务。对因病行动不便的员工，按需及时提供到家庭或病床的收单服务。

3、保险给付时效为员工递交材料起10个工作日以内。保险协议期满后，对在保险协议期内发生符合给付标准的各类医疗费用及票据，如因住院或其它原因尚未办理的，仍可在协议期满后上门收单并办理给付手续。

4、保险公司需提供网站或手机平台实现网络项目理赔情况及各项数据情况查询。

5、每月10日前保险公司向我行提供上月理赔数据，每季度末一个月内保险公司向分行提供书面理赔报告，包括员工姓名、理赔原因和理赔金额；若拒赔的，写明拒赔理由。

6、承保后30天内免费为我行每位参保人员提供纸质的《2024-2025年度员工补充医疗保险服务手册》。

7、保险公司负有对我行补充医疗保险数据信息保密及保证该数据信息安全、完整的义务。

六、服务数量要求

我行根据每年初人数进行投保，每月向保险公司提供一次人员加减保申请。

七、服务供应安排

1、每年提供5次线下上门收单服务（每季度末1次，跨年一月份1次），安排到分行本部、岛内外网点、离退休活动中心向员工收取医疗票据，保险公司需要做好票据的清点、签收、造表等工作。

2、除门（急）诊以外的其他保险和其他医疗保障，保险公司接到员工报案后应及时提供保险服务，包括收集、初审、汇总理赔单据及保险咨询等服务。对因病行动不便的员工，按需及时提供到家庭或病床的收单服务。

3、保险公司对员工提交的医疗票据进行审核，对员工医疗单据的背景真实性及可赔付金额审核认定。保险公司应在收单后10个工作日内完成审核工作，并将审核结果发送我行。对不符合要求的单据，保险公司应及时要求员工补充辅助证明材料或者退还员工，并向员工做好答疑解释工作。

4、有业务系统支持录入、汇总员工票据金额、给付金额和剩余额度情况，减少人工操作，提升数据的准确性。

5、审核后的票据应随审核清单一起移交我行。若保险公司有需要留存发票等相关材料用于保险理赔的，可根据我行需求提供发票、病历、费用清单等复印件并盖章。

八、款项支付要求

费用型保险产品根据本次采购确定的保费单价，协议签订后按首次投保人数预付第一年的保费，2024年12月份按在保人数预付第二年的保费。我行每月向保险公司提供一次人员加减保申请，每半年为一个结算周期，结算应缴或应退保费。

审单服务的服务费每半年支付一次。

九、售后服务要求

无。