

Formularul ofertei (F3.1)

Data depunerii ofertei: "18" aprilie 2019

Procedura de achiziție Nr.:

Anunț/Invitația de participare Nr.:

Către: **BANCA NAȚIONALĂ A MOLDOVEI**

CA "Asterra Grup" S.A. declară că:

- a) Au fost examinate și nu există rezervări față de documentele de atribuire, inclusiv modificările nr. (nu exista modificari)
- b) **CA "Asterra Grup" S.A.** se angajează să presteze, în conformitate cu documentele de atribuire și condițiile stipulate în specificațiile tehnice și preț, următoarele bunuri/servicii:
Lot 3 - servicii de asigurare voluntara de sanatate a personalului
- c) Suma totală a ofertei fără TVA constituie: **639 375,00 (sase sute treizeci si noua mii trei sute saptezeci si cinci,00) MDL**
- d) Suma totală a ofertei cu TVA constituie: **nu suntem platitori de TVA**
- e) Prezenta ofertă va rămâne valabilă pentru perioada de timp specificată în **FDA3.8.**, începând cu data-limită pentru depunerea ofertei, în conformitate cu **FDA4.2.**, va rămâne obligatorie și va putea fi acceptată în orice moment până la expirarea acestei perioade;
- f) În cazul acceptării prezentei oferte, **CA "Asterra Grup" S.A.** se angajează să obțină o Garanție de bună execuție în conformitate cu **FDA6**, pentru executarea corespunzătoare a contractului de achiziție publică
- g) Nu sîntem în nici un conflict de interese, în conformitate cu art. 74 din Legea nr. 131 din 03.07.2015 privind achizițiile publice.
- h) Compania semnatară, afiliații sau sucursalele sale, inclusiv fiecare partener sau subcontractor ce fac parte din contract, nu au fost declarate neeligibile în baza prevederilor legislației în vigoare sau a regulamentelor cu incidență în domeniul achizițiilor publice.

Semnat:

Nume: Anatolie BANTAȘ

În calitate de: Director General

Ofertantul: **CA "Asterra Grup" S.A.**

Adresa: mun. Chisinau, str. Bucuresti 81

Data: "18" aprilie 2019



OFERTĂ GENERALĂ de asigurare benevolă a sănătății

Stimate Doamne, Stimați Domni,

Exprimându-ne tot respectul, ca răspuns la solicitarea DVS, Vă prezentăm caracteristica generală a Programului și Condițiilor de asigurare benevolă a sănătății, promovate de **Compania de Asigurări „ASTERRA GRUP” SA** pe piața de asigurări a Republicii.

Asigurările benevole ale sănătății în **Compania de Asigurări „ASTERRA GRUP” SA** sunt promovate de un grup de specialiști cu o paractică de activitate în domeniul asigurărilor benevole ale sănătății de peste 20 ani, care au deservit pe parcursul ultimilor ani angajații asigurați ai unor companii cu un număr de 1000 – 4000 persoane per colectiv (MOLDOVA GAZ SA, APA CANAL Chișinău SA, Franzeluța SA, RED NORD EST SA, Victoriabank SA, TUTUN CTC Chișinău, ERICSSON SA, e.t.c.) și a sute de companii cu diferite forme de proprietate, inclusiv cu capital străin, unde activează 10-100 și mai mulți angajați, fără reclamații din partea persoanelor asigurate.

1. Caz asigurat, conform Contractului de asigurare benevolă a sănătății, se consideră:

- boala acută;
- acutizarea bolilor cronice preexistente
- accidentul (traumă de caracter mecanic, termic, chimic, etc.),

survenite în perioada de valabilitate a contractului de asigurare și a cărei producere obligă Asiguratorul:

- să organizeze prestarea asistenței medicale de calitate și fără rând conform programelor de asigurare contractate (în mărimea sumei de asigurare per persoană asigurată) în instituțiile medicale indicate în polița de asigurare;

- să achite Instituției medicale sau Persoanei asigurate costul asistenței medicale beneficiate de Persoana asigurată în instituțiile medicale, indicate în polița de asigurare, iar în caz de asistență medicală acordată în mod de urgență – în oarecare altă instituție medicală din Republica Moldova, unde persoana asigurată a fost internată și a achitat parțial sau integral contra plată serviciile medicale prevăzute de Programul de asigurare;

- să asigure evacuarea cu transportul medical specializat a Persoanei asigurate din instituția medicală în care aceasta a fost internată de urgență în una din instituțiile medicale specializate din cele indicate în polița de asigurare, asigurând tratamentul specializat al acesteia.

2. Riscurile asigurate conform Condițiilor de asigurare benevolă a sănătății sunt considerate *dereglările de sănătate survenite pe parcursul perioadei de asigurare (boala acută, acutizarea bolilor cronice, accidente)*, care au afectat sănătatea persoanei asigurate și produc pierderi financiare în rezultatul tratamentului prescris de medicul curativ.

3. Maladia acută este considerată dereglarea subită a sănătății (tensiune ridicată/joasă, temperatură ridicată/joasă, dureri locale/generale, slăbiciuni, amețeli, etc), apărută primar și care necesită în mod de urgență sau asistență medicală curentă simptomatică, prevăzută de Programul de asigurare.

4. Maladia cronică în acutizare se consideră acutizarea (tensiune ridicată/joasă, temperatură ridicată/joasă, dureri locale/generale, slăbiciuni, amețeli etc) ale unei maladii preexistente care necesită în mod de urgență sau asistență medicală curentă simptomatică, prevăzută de Programul de asigurare.

5. Excluderi din asigurarea benevolă a sănătății, dacă Contractul de asigurare nu prevede altceva:

1. Trauma, îmbolnăvirea sau otrăvirea și consecințele acestora, suportate de persoana asigurată în caz de:

- a) ebrietate alcoolică, narcotică sau toxică;
 - b) participarea la acțiuni militare, tulburări în mase;
2. Maladiile oncologice;
3. Maladiile sexual-transmisibile, SIDA;
4. Bolile psihice;



5. Bolile infecțioase ca tuberculoza, sarcoidoza, mucoviscidoza, indiferent de forma clinică și gradul de dezvoltare;
6. Sarcină și complicațiile ei, avortul, nașterea și complicațiile lor;
7. Tratamentul patologiilor sexuale (impotența, sterilitatea);
8. Serviciile medicale solicitate de persoana asigurată inițiate de aceasta fără dereglări de sănătate;
9. Adresare în Instituția medicală pentru examen medical în scopul obținerii permisului de conducere al unităților de transport și de port-armă, procurare a ochelarilor.
10. Alcoolismul;
11. Aflare în staționar pentru simpla beneficiere de asistență de curatelă și reabilitare, inițiată de persoana asigurată;
12. Intervenții de chirurgie plastică și ortopedică, protezare dentară și ortodontică, în afara cazurilor care țin de corecție sau restabilire după accidente survenite în perioada de asigurare;
13. Utilizarea și ajustarea aparatelor medicale de corecție (dispozitive auditive și implantați auditivi, ochelari, lense de contact), tratamentul și investigațiile corespunzătoare;
15. Intervenție chirurgicală planificată a ochiului, cu scopul de a corecta astigmatismul, hipermetropia, miopia.

6. Polița de asigurare benevolă a sănătății, eliberată de CA „ASTERRA GRUP” SA, *prevede un șir de avantaje* pentru posesorii acestora și anume:

1. valabilitatea poliței de asigurare 7 zile pe săptămână, 24 de ore din 24;
2. alegerea instituției medicale la care persoanele asigurate vor beneficia de servicii medicale;
3. adresarea persoanei asigurate direct la medicii specialiști de calificare înaltă fără a vizita medicul de familie;
4. internarea planică a persoanei asigurate fără rând și foi de așteptare în instituțiile medicale substituite în contractul de asigurare;
5. efectuarea de către persoana asigurată în termeni optimi a investigațiilor diagnostice în volumul prescris de medicul curativ în dependență de starea obiectivă a sănătății acestuia;
6. recuperarea medicamentelor prescrise pentru tratamentul medicamentos ambulatoric (la domiciliu), în condițiile staționarului de zi, în staționar;
7. tratament spitalicesc nelimitat în timp în condiții de cazare avansate cu medicamente de ultimă generație;
8. restituirea costului tratamentului stomatologic de urgență;
9. beneficierea de serviciul alternativ de urgență medicală;
10. beneficierea de asistență medicală la domiciliu;
11. beneficierea de o atitudine selectivă în aprecierea sănătății persoanei asigurate și elaborarea unui tratament efectiv, etc.

7. Programul de asigurare, cuprinde prestarea gratuită, de calitate înaltă a serviciilor medicale se ambulatoriu, de urgență și spitalicești în cele mai dotate instituții medicale publice și private din țară, care prevăd:

7.1. Serviciile medicale prestate în condiții de policlinică:

- Vizite curativ – diagnostice la medici specialiști de calificare înaltă fără așteptare în seale mai avansate instituții din țară înaltă: (terapeut, cardiolog, neurolog, ginecolog, gastroenterolog, oncolog, endocrinolog, alergolog, etc.),
- Investigații diagnostice de laborator (clinice, biochimice, serologice, teste alergologice).
- Investigații instrumentale – diagnostice (ultrasonore, endoscopice, rentghenologice), inclusiv a tomografiei computerizate și a rezonanței magnetice nucleare.
- Determinarea unui medic terapeut de calificare înaltă (medic de familie) sau a unui medic specialist experimentat (coordonator) pentru coordonarea și prestarea serviciilor medicale primare și specializate.
- Tratamentul fizioterapeutic, indicat de medicul curant și fizioterapeut, care constituie un element suplimentar necesar al tratamentului medicamentos efectuat, la survenirea cazului asigurat.
- Acoperirea de către Asigurător a cheltuielilor suportate de Persoana asigurată la utilizarea medicamentelor prescrise de medicul specialist și administrate în cadrul tratamentului de ambulatoriu la domiciliu (*până la 1000 lei persoană*) și în condițiile staționarului de zi (*până la 1 250 lei persoană*) al instituției medicale indicate în polița de asigurare.
- Asistență stomatologică de urgență, ce include consultația medicului stomatolog, înlăturarea durerii acute, efectuarea rentgenoscopiei (grafiei), extracția dinților afectați, deschiderea (operatorie) și tratarea abceselor, flegmoanelor, și alte stări acute, folosind preparatele anestezice de ultimă generație - *2 000 lei per persoană*.

- efectuarea unui control medical de diagnostic programat (consultații specialiști, investigații diagnostice de laborator și funcționale) la suma de **700 lei/asigurat** în primele luni de valabilitate a Contractului de asigurare.

7.2. Serviciile medicale prestate în condiții de spital:

- Spitalizarea asiguraților în saloane de 1-2 paturi cu condiții de cazare avansate;
- Examinarea complexă clinico - funcțională, de laborator și instrumentală în scopul stabilirii diagnosticului și prescrierii unui tratament efectiv;
- Acordarea asistenței medicale în secția de terapie intensivă și reanimare, în secții specializate ale instituției medicale indicate în polița de asigurare;
- Tratarea asiguraților de către medici cu grad înalt de calificare, cooptarea, la necesitate, a colaboratorilor catedrelor de medicină sau a specialiștilor principali ai altor instituții medicale;
- Administrarea preparatelor medicamentoase de ultimă generație pentru tratamentul efectiv al cazului asigurat, prescrise de medicul curant, a serviciilor și mărfurilor prestate în mod obișnuit de instituțiile medicale;
- Tratament fizioterapeutic, indicat de medicul curant și fizioterapeut ca un element suplimentar necesar la tratamentul medicamentos;
- Efectuarea intervențiilor chirurgicale la organele interne, articulații, cord, iar la prezența indicațiilor medicale, a intervențiilor chirurgicale reparatorii, care țin de înlăturarea consecințelor cazului asigurat.

7.3. Serviciile medicale prestate în mod de urgență:

Se acordă persoanei asigurate „non-stop” (la domiciliu sau la serviciu) de către specialiști de calificare înaltă în cazurile maladiilor sau stărilor de sănătate care necesită asistență medicală de urgență) și prevăd:

- diagnostica de urgență;
- asistența medicală de urgență;
- internarea de urgență la prezența indicațiilor medicale în secții specializate în instituții medicale specializate stipulate în contractul de asigurare.

8. Instituții medicale în cadrul cărora persoanele asigurate, la survenirea cazului asigurat, vor beneficia de serviciile medicale prevăzute de Programul de asigurare benevolă a sănătății:

8.1. Instituții medicale publice:

- Policlinica și spitalul ACSR AG (diagnostic, tratament terapeutic și chirurgical);
- Centrul Republican de Diagnosticări Medicale (diagnostic);
- Spitalul Clinic Republican (diagnostic, tratament terapeutic și chirurgical);
- Institutul de Neurologie și neurochirurgie (diagnostic, tratament terapeutic și chirurgical);
- Institutul de cardiologie (diagnostic, tratament terapeutic și chirurgical);
- Institutul de Urgență (diagnostic, tratament terapeutic și chirurgical);
- Spitalul Căii Ferate din Moldova (diagnostic, tratament terapeutic și chirurgical);
- Institutul Mamei și Copilului (diagnostic, tratament terapeutic și chirurgical);
- **Alte instituții medicale publice, solicitate de Asigurat în Cererea de asigurare.**

8.2. Instituții medicale private:

- Centrul de Diagnostic German (diagnostic, tratament terapeutic);
- Centrul ADLER MEDICAL (diagnostic, tratament terapeutic);
- Spitalul polivalent NOVAMED (diagnostic, tratament terapeutic și chirurgical);
- Centrul medical TERRAMED (diagnostic, tratament terapeutic și chirurgical);
- Centrul medical GALAXIA (diagnostic, tratament terapeutic și chirurgical);
- **Alte centre și clinici private (SYNEVO, Prosano, - diagnostic, tratament terapeutic), solicitate de Asigurat în Cererea de asigurare.**

La asigurarea unui colectiv de peste 150 - 165 persoane și a membrilor familiilor acestora cu prestarea serviciilor medicale prevăzute de **Programul COMPLEX de asigurare benevolă a sănătății** expus mai sus cu prestarea serviciilor medicale în cadrul Policlinicii și Spitalului Aparatului Guvernului RM și instituțiilor medicale republicane specializate (Spitalul Clinic Republican, Centrul Republican de Diagnosticări Medicale, Institutul de Neurologie și Neurochirurgie, Institutul de Cardiologie și Centrul Național Științifico - Practic Medicina de Urgență) la suma de asigurare de **40 000 lei** per persoană, prima de asigurare anuală pentru o persoană asigurată va constitui **3 875 lei**.

Condițiile de asigurare benevolă a sănătății, promovate de Compania de asigurări „ASTERRA GRUP” SA pe piața de asigurări a Republicii Moldova, prevăd și **asigurare membrilor familiilor angajaților asigurați** (fără limită de vârstă, la tarifele calculate pentru angajații asigurați), **nu prevăd limite** pentru adresări la policlinică, consultații și/sau investigații diagnostice, precum și pentru internări la spitalele indicate în contractul de asigurare.

Fiecare persoană asigurată, la survenirea cazului asigurat, va putea beneficia de servicii medicale prevăzute de contractul de asigurare în limita sumei de asigurare, indicată în polița de asigurare.

Departamentul juridic al Compania de asigurări „ASTERRA GRUP” este disponibil de a oferi persoanelor asigurate consultații juridice pe problemele privind relațiile Persoana asigurată – instituția medicală, Persoana asigurată – lucrătorii instituției medicale, reieșite din prevederile contractului de asigurare cu asigurarea protecției intereselor acestora, reacționând în termeni oprimi la toate reclamațiile persoanelor asigurate privind oportunitatea și calitatea serviciilor beneficiate, comportamentul neadecvat posibil al unor lucrători medicali.

Trimestrial Asigurătorul v-a prezenta Asiguratului informație despre volumul serviciilor medicale beneficiate de persoanele asigurate pe parcursul perioadei expirate, v-a examina și realiza obiecțiile și propunerile Asiguratului privind optimizarea organizării și prestării serviciilor medicale prevăzute de contractul de asigurare.

Pentru explicații suplimentare puteți contacta telefoanele **022 21 17 58** sau **060 499 399** (Ion Cebotari).

Cu respect,

Anatolie Bantas
Director General



CAIET DE SARCINI (CS4.3)

Servicii de asigurare facultativă de sănătate a personalului

Pentru asigurarea salariaților Beneficiarului cu deservire în instituțiile medicale menționate pentru suma de asigurare 40000 MDL/pers.

Cerințe față de ofertanți:

1. Ofertantul va prezenta programul de asigurare cu descrierea detaliată a serviciilor medicale;
2. Costul medicamentelor pentru serviciile medicale pentru regimul ambulator și staționar va fi acoperit integral de către asigurător;
3. Ofertantul va avea o experiență în domeniul asigurărilor facultative de sănătate iar ca dovadă poate prezenta scrisori de recomandare de la întreprinderile cu care acesta colaborează;
4. Ofertantul va avea o experiență de minim 10 ani pe piața asigurărilor din Republica Moldova;
5. Suma asigurată constituie 40000 MDL per persoană pe an;
6. Asigurarea va fi valabilă 24 ore, 7 zile pe săptămână pe parcursul unui an;
7. Lista instituțiilor medicale private și publice va cuprinde obligatoriu următoarele instituții:

Instituții medicale publice

Policlinica și spitalul ACSR AG
Centrul Republican de Diagnosticari Medicale
Spitalul Clinic Republican
Institutul de Neurologie și neurochirurgie
Institutul de cardiologie
Institutul de Medicina Urgenta
Spitalul Căii Ferate din Moldova
Institutul Mamei și Copilului
Alte instituții medicale publice care le poate oferi ofertantul.

Private

Policlinica A.C.S. al C.S.
Spitalul A.C.S. al C.S.
Spitalul NOVAMED
Spitalul MEDPARK
Centrul de Diagnostic German
Centrul medical GALAXIA
Alte centre și clinici private (EUROLAB, PROSANO, etc.).

Republicane

Dispensarul și Institutul Cardiologic
Centrul Republican de Diagnosticare
Policlinica și Spitalul Clinic al MS
Centrul șt.-pr. de Neurologie și Neurochirurgie
Centrul medical Universitar

Municipale

S.C.M. "Arhanghelul Mihail"
S.C.M. "Sfânta Treime"
S.C.M. de Urgență "Chișinău"
Spitalul Clinic municipal Nr.1
Policlinica și spitalul feroviar Chișinău
A.M.T. "Centru"



Bauf

A.M.T. "Ciocana"
 A.M.T. "Botanica"
 A.M.T. "Râșcani"
 A.M.T. "Buiucani"

8. Ofertantul va prezenta informațiile privind asigurarea medicală atât pentru regim ambulator, cât și pentru regim de staționar. Aceasta va întruni următoarele condiții obligatorii:

1. Beneficierea de servicii medicale va constitui 40000 MDL/pers. pe perioada de valabilitate a contractului.
2. Alegerea liberă a instituțiilor medicale pentru a beneficia de servicii medicale;
3. Adresarea persoanei asigurate direct la medicii specialiști de calificare înaltă fără a vizita medicul de familie;
4. Numărul adresărilor pentru consultații în ambulator și numărul internărilor în staționar nu sunt limitate.
5. Internarea persoanei asigurate fără rînd și foi de așteptare în instituțiile medicale indicate în contractul de asigurare de bază;
6. Programul de asigurare acoperă costul medicamentelor pe perioada tratamentului staționar, staționarului de zi, și pe parcursul a 10 zile după externare în volum prescris;
7. Efectuarea de către persoana asigurată fără rînd a investigațiilor diagnostice în volumul prescris de medicul curativ al instituției medicale incluse în polița de asigurare în dependență de starea obiectivă a sănătății acestuia;
8. Posibilitatea efectuării tratamentului fără întrerupere de la locul de muncă (staționar de zi) în instituțiile medicale indicate în polița de asigurare, cu acoperirea atât al tratamentului prescris și efectuat, cât și al costului medicamentelor administrate;
9. Tratament extins în timpul internării în staționar; beneficierea de o atitudine selectivă în aprecierea sănătății persoanei asigurate și elaborarea unui tratament efectiv;
10. Evacuarea medicală a persoanei asigurate din instituția medicală raională, municipală în care a fost internată primar într-o instituție republicană specializată cu achitarea cheltuielilor suportate;
11. Valabilitatea poliței de asigurare 7 zile pe săptămână, 24 de ore din 24 pe parcursul unui an;
12. Raportarea trimestrială a cheltuielilor pentru serviciile medicale prestate.

Obiectul prezentului Program îl constituie riscul asigurat, care presupune cheltuieli materiale legate de acordarea asistenței medicale în instituțiile medicale și staționar, la survenirea cazului asigurat: accident, stare și maladie acută, agravarea maladii cronice, tratament de recuperare ale sistemelor cardio-vascular, urogenital, digestiv, respirator, nervos, osteo-articular, endocrin, precum și ale ochiului și urechii. Compania de asigurări garantează achitarea serviciilor medicale prestate Asiguraților, peste standardul prevăzut de Programul unic al asigurărilor obligatorii de asistență medicală, accesul rapid în orice instituție medicală selectată, ocolind listele de așteptare, cu respectarea tehnologiilor medicale stabilite de Ministerul Sănătății, în limita sumei de asigurare indicată în polița de asigurare facultativă de sănătate.

Programul de asigurare:

1. **Servicii medicale prestate în condiții de ambulator**
2. **Servicii medicale prestate în condiții de staționar**

1. *Servicii medicale prestate în condiții de ambulator*

- consultații organizate și acordate de medici-specialiști ai instituțiilor medicale indicate în polița de asigurare, la necesitate, consultația specialiștilor cu grad științific (adresarea directă la medicii specialiști de profil, ocolind rîndurile de la medicul de familie, fără buletin de trimitere);
- investigații diagnostice funcționale și de laborator la indicația medicului curant, cu perfectarea avizelor și recomandărilor corespunzătoare;

- examinări instrumentale și de laborator în scopul stabilirii diagnosticului corect și prescrierii tratamentului adecvat;
- examinări, la indicația medicului și cu acordul Asigurătorului, în alte instituții medicale (efectuarea testelor clinice și de laborator, investigațiilor endoscopice, ultrasonore, computerizate, radio-izotopice și altele);
- tratarea de către medici cu grad înalt de calificare, cooptarea, la necesitate, a colaboratorilor catedrelor de medicină sau a specialiștilor principali;
- intervenții chirurgicale de ambulator;
- tratament fizio-terapeutic, inclusiv masajul, indicat de medicul curant sau fizioterapeut;
- **tratament în staționarul de zi** (instituțiile medicale) pentru cazurile de asigurare, care necesită tratament staționar, dar starea pacientului îi permite să părăsească instituția medicală în afara perioadei de investigații, tratament de recuperare. În cadrul acestei forme de spitalizare, bolnavul revine zilnic la spital, la indicația medicului curant";
- acoperirea costului integral al medicamentelor pentru tratament în staționarul de zi;
- tratament antirecidivant (pentru ulcerul gasto-duodenal, maladiile reumatismale, pielonefrita cronică) după principiile dispensarizării anuale;
- tratament de recuperare și reabilitare la indicația medicului reabilitolog remiterea documentelor medicale necesare (avize, extrase, certificate de incapacitate de muncă), indiferent de locul de trai;
- solicitarea medicului curant la domiciliu, dacă starea asiguratului nu permite vizitarea acestuia în instituția medicală;
- Asistență stomatologică de urgență, ce include consultația medicului stomatolog, înlăturarea durerii acute, efectuarea roentgenoscopiei (grafiei), extracția dinților afectați, deschiderea (operatorie) și tratamentul abceselor, flegmoanelor, ș.a. stări acute, folosind preparatele anestezice necesare.

2. *Servicii medicale prestate în condiții de staționar*

- tratament staționar integral sau tratament staționar parțial (staționarul de zi);
- aprovizionarea cu medicamentele prescrise de medicul curant pentru perioada de spitalizare, și 10 zile după externare (prelungirea tratamentului indicat în staționar) cu acoperirea costului integral al medicamentelor;
- consultații organizate și acordate de către medici-specialiști ai instituției medicale indicate în polița de asigurare, la necesitate, consultația specialiștilor cu grad științific;
- examinări instrumentale și de laborator (în volum necesar, fără restricții) în scopul stabilirii diagnosticului corect și prescrierii tratamentului adecvat;
- examinări, la indicația medicului și cu acordul Asigurătorului, în alte instituții medicale (efectuarea testelor clinice și de laborator, investigațiilor endoscopice, ultrasonore, computerizate, radioizotopice și altele);
- intervenții chirurgicale urgente și planificate cu anestezie locală și generală;
- intervenții chirurgicale reparatorii, care țin de înlăturarea consecințelor cazului de asigurare, efectuate în baza prescripțiilor medicului ce legiferează necesitatea acestor intervenții;
- asistență medicală în secții specializate, de terapie intensivă și reanimare ale instituțiilor medicale;
- aprovizionarea cu materiale de pansament, asigurarea cu articole medicale (seringi, sisteme de perfuzie, catetere, etc.) precum și cu servicii și mărfuri prestate în mod obișnuit de instituțiile medicale;
- tratament fizioterapeutic, inclusiv masajul, indicat de medicul curant sau fizioterapeut;
- tratament de reabilitare și recuperare medicală la indicația medicului reabilitolog;
- remiterea documentelor medicale necesare (avize, extrase, certificate de incapacitate de muncă), indiferent de locul de trai.

Nota: Numărul adresărilor în instituțiile medicale și durata internărilor nu este limitată.

În programul de asigurare cu descrierea detaliată a serviciilor medicale să fie prevăzut restituirea cheltuielilor asiguraților în cazurile când, din diverse motive, unele servicii medicale au fost prestate persoanelor contra plată.

Controlul asupra volumului și calității serviciilor medicale acordate, perioadei optime de spitalizare și tratament, sunt monitorizate de către medicii-experti și medici experți-netitulari contractați de compania de asigurare prezenți în fiecare instituție medicală.

9. Ofertantul va ține cont la calcularea primei de asigurare de numărul de persoane asigurate - 100 persoane.
10. Ofertantul câștigător va face câteva prezentări a programului de asigurare la sediul beneficiarului.



Baurf