

RG_E_4544/22.08.2024**Clarificarea nr. 1**

*privind procedura de achiziție a serviciilor de asigurare de sănătate de Grup pentru angajații
FNGC IMM SA-IFN
-Procedură simplificată -*

Având în vedere clarificările solicitate referitoare la Documentația de atribuire nr. RG_E_3540/13.08.2024 pentru achiziționarea serviciilor de asigurare de sănătate de Grup pentru angajații FNGC IMM SA-IFN, regăsiți în continuare răspunsurile la cele solicitate.

1. Întrebare operator economic:

„ In caietul de sarcini, Secțiunea II, punctul 6. Servicii medicale și acoperiri minime solicitate:

Sub- punctul C - Acoperire teritorială cu rețea parteneră cu decontare directă

Pentru ca exista posibilitatea ca in unele din localitatile/judetele mentionate de dumneavoastra sa nu existe unitati medicale private (clinici/spitale) care sa poata oferi serviciile medicale descrise/solicitate de dumneavoastra in caietul de sarcini, si care sa fie in relatie de decontare directa cu asiguratorii va rugam sa ne confirmati ca se permite participarea cu o oferta de asigurare care sa acopere cerintele dumneavoastra strict in decontare Ramburs. ”

Răspuns Beneficiar:

Beneficiarul menține cerința stabilită în Caietul de sarcini, Secțiunea II, punctul 6. Servicii medicale și acoperiri minime solicitate, sub-punctul C - Acoperire teritorială cu rețea parteneră cu decontare directă, litera b), potrivit căreia decontarea serviciilor medicale se va realiza atât direct, cât și decontare ulterioară (decontare prin ramburs) pe baza documentelor justificative (dosar de daună), în condițiile stabilite în cuprinsul caietului de sarcini.

Prin urmare, pentru localitățile/județele menționate în cadrul caietului de sarcini unde nu există unități medicale private (clinici/spitale) care să poată oferi serviciile medicale descrise/solicitate de Beneficiar in caietul de sarcini și care să fie în relație de decontare directă cu asiguratorii, se acceptă decontarea Ramburs.

2. Întrebare operator economic:

„In caietul de sarcini, punctul IV.2 Modul de elaborare a Propunerii financiare

Contravaloarea serviciilor de asigurare pentru dependentii inclusi în listele Beneficiarului va fi suportată de catre angajatul Beneficiarului, iar plata se va efectua prin virament bancar de către Beneficiar, în baza facturilor lunare pentru dependenti, emise de catre Contractant.

Respectiv punctul: V. Managementul/Gestionarea Contractului și activitati de raportare în cadrul Acordului-cadru/Contractului – 1 Încheierea și derularea contractului:

Deconturile de prime vor fi emise lunar (pentru fiecare luna de asigurare) de catre Contractant, respectiv cate un decont pentru fiecare categorie de asigurati (salariati, dependenti)

Se doresc 2 deconturi – unul pentru angajati si unul separat pentru dependentii angajatilor?

Plata decontului pentru dependentii angajatilor va fi efectuata de catre autoritatea FNGC IMM SA-IFN, corect? ”

Răspuns Beneficiar:

Potrivit informațiilor din Caietul de sarcini, stabilite la punctul **IV.2 Modul de elaborare a Propunerii financiare**, contravaloarea serviciilor de asigurare pentru dependentii incluși în listele Beneficiarului va fi suportată de către angajatul Beneficiarului, iar plata se va efectua prin virament bancar de către FNGC/IMM SA-IFN, în calitate de Beneficiar, în baza facturilor lunare pentru dependenți, emise de către Contractant.

De asemenea, potrivit Caietului de sarcini, **deconturile de prime vor fi emise lunar** (pentru fiecare luna de asigurare) de către Contractant, respectiv unul pentru angajați și unul separat pentru dependenții angajaților.

3. Întrebare operator economic:

„In secțiunea IV Model orientativ - Servicii de asigurare de sănătate, Articolul 2. Definiții:

*g) Coasigurat/Dependent: sotul/sotia, **parintii fără limită de vârstă** la intrarea în asigurare, copiii Asiguratului cu vârsta cuprinsă între 0 și 18 ani sau 0 – 25 ani,*

*Putem accepta cu derogare **parintii** cu vârsta maxima de 70 ani. Se accepta aceasta propunere?*

Copiii asiguratului pot fi acceptati de la vârsta minima eligibila de intrare in asigurare - care este de 30 zile. Este acceptata aceasta varsta minima?”

Răspuns Beneficiar:

În urma analizării clarificării solicitate, Beneficiarul emite următoarea erată la caietul de sarcini regăsit în Secțiunea a II-a și la proiectul de contract regăsit în Secțiunea a IV-a după cum urmează:

În loc de definiția:

*„**Coasigurat/Dependent**: sotul/sotia, parintii fără limită de vârstă la intrarea în asigurare, copiii Asiguratului, cu vârsta cuprinsă între 0 și 18 ani sau 0 – 25 ani, dacă aceștia își desfășoară studiile într-o unitate de învățământ de zi acreditată și sunt în întreținerea părinților, la data începerii asigurării; Coasiguratul este persoana cu cetățenie română sau cu rezidență în România;”*

Se va citi:

*„**Coasigurat/Dependent**: sotul/sotia, parintii cu vârsta de până la 70 de ani la intrarea în asigurare, copiii Asiguratului, cu vârsta cuprinsă între 30 de zile și 18 ani sau 30 de zile – 25 ani, dacă aceștia își desfășoară studiile într-o unitate de învățământ de zi acreditată și sunt în întreținerea părinților, la data începerii asigurării; Coasiguratul este persoana cu cetățenie română sau cu rezidență în România;”*

4. Întrebare operator economic:

„In secțiunea IV Model orientativ - Servicii de asigurare de sănătate, Articolul 5.1 Durata prezentului contract este de 12 luni, începând de la data semnării de către ambele părți a prezentului contract, respectiv din data [data intrării în vigoare a Contractului] până pe data [data încetării Contractului].

Contractul de asigurare începe la ora 00:00 a zilei imediat următoare celei în care s-a efectuat plata ratei întâi a primei de asigurare, dar nu mai devreme de data specificată în Polița de asigurare, care de regula este data de 1 a lunii următoare acceptării ofertei. Sunteți de acord ca și procedura de implementare a contractului? ”

Răspuns Beneficiar:

Beneficiarul menține clauza contractuală prevăzută la art. 5.1. – Durata contractului având în vedere modalitatea de plată a acestuia.

5. Întrebare operator economic:

„ In secțiunea IV **Model orientativ - Servicii de asigurare de sănătate, Articolul 9** **Obligațiile Asiguratorului Punctul 15:**

Asiguratorul se obligă să respecte reglementările referitoare la condițiile de muncă și protecția muncii și, după caz, standardele internaționale agreeate cu privire la forța de muncă, convențiile cu privire la libertatea de asociere și negocierile colective, eliminarea muncii forțate și obligatorii, eliminarea discriminării în privința angajării și ocupării forței de muncă și abolirea muncii minorilor.

In baza acestui contract comercial, de asigurare, nu facem referire la prevederi din legislația muncii. Solicităm eliminarea articolului mai sus menționat. Sunteți de acord?

Răspuns Beneficiar:

Beneficiarul este de acord cu eliminarea punctului 15 din proiectul de contract regăsit în secțiunea IV Model orientativ.

6. Întrebare operator economic:

„In secțiunea IV **Model orientativ - Servicii de asigurare de sănătate, Articolul 12** **Încetarea Contractului**

e) prin denunțarea unilaterală a contractului de către oricare din părți, cu respectarea unui termen de preaviz în scris, de 15 zile; “

Sunt necesare 90 de zile pentru termenul de preaviz. Avem contracte cu furnizorii de servicii, iar aceștia trebuie să aibă la rândul lor timp să inactiveze serviciile. Sunteți de acord cu acest termen de preaviz de 90 zile? ”

Răspuns Beneficiar:

Beneficiarul menține prevederile art. 12 lit e) din cuprinsul proiectului de contract regăsit în Secțiunea IV a Documentației de atribuire.

Comisia de evaluare:

Mihaela Bătrînca - președinte
Georgeta Pătrulescu – membru
Roxana Bănuță – membru
Aurelian Grigore – membru
George Peanci – membru