附件1：

法定代表人身份授权书

四川省妇幼保健院：

本授权声明 （法定代表人姓名、职务）授权 （被授权人姓名、职务）为我方“四川省妇幼保健院人身保险服务采购项目”项目采购活动的合法代表，以我方名义全权处理该项目有关采购、签订合同以及执行合同等一切事宜。

特此声明。

授权代表签字：

被授权代表签字：

投标人名称：（加盖公章）

日期：

★说明：上述证明文件附有法定代表人、被授权代表身份证复印件（加盖公章）时才能生效。

附件2：

人身保险服务采购项目需求参数

1. 采购名称：驻村干部一年人身意外保险

二、采购最高限价：7000元

三、采购需求

1.采购数量：7人，每人一份意外保险。

2.被保险人工作情况：1人壤塘县斯跃武村驻村、6人南充市仪陇县驻村。

3.保险内容：意外身故、残疾100万及以上、意外医疗10万及以上、意外住院补贴150元/天及以上、猝死5万及以上、民航客机意外100万及以上、客运轨道交通50万及以上、汽车交通50万及以上（汽车可分为运营与非运营分别提供保障）。

1. 商务要求

1.合同履行期限：保单生效之日起。

2.合同履行地点：四川省妇幼保健院。

3.付款方法和条件：按保单付款要求执行。

4.售后：按照保单售后和理赔条款执行

附件3：

报价表

（盖章）

|  |  |
| --- | --- |
| 每份保险单价： 元/人 合计： 元 | |
| **保险内容** | **保额** |
| 意外身故伤残 |  |
| 意外医疗费用 |  |
| 意外住院津贴 |  |
| 猝死 |  |
| 民航客机意外身故伤残 |  |
| 客运轨道交通意外身故伤残 |  |
| 客运轮船意外身故伤残 |  |
| 运营汽车意外身故伤残 |  |
| 其他（自行补充） |  |