政府采购合同（服务）

（项目编号：JSZC-320924-HHGC-C2026-0003）

项目名称：射阳县残疾人联合会2026年射阳县0-74周岁残疾人意外伤害保险经办机构采购项目（采购包2：合德、海河、特庸、盘湾、黄沙港、海通、千秋、盐场保险服务）

甲方：射阳县残疾人联合会（买方）

乙方：紫金财产保险股份有限公司盐城中心支公司（卖方）

甲、乙双方根据射阳县残疾人联合会2026年射阳县0-74周岁残疾人意外伤害保险经办机构采购项目竞争性磋商的结果，签署本合同。

一、合同内容

一、基本事项

（一）投保人

甲方为投保人，承担本协议约定的缴纳保险费义务。

（二）被保险人

具有盐城市射阳县户籍、在本县因学习、婚姻、就业居住一年以上，年龄符合0-74周岁，持有有效期内的第二代、第三代《中华人民共和国残疾人证》，未享受政府有关部门购买意外伤害险的各类残疾人（含合同期内新评残的人员）。

（三）保险公司

乙方为保险公司，承担本协议约定的各项保险责任。

二、保险合同的构成及效力

保险合同由以下部分构成：

（一）本保险协议及形成协议的其他有关文件；

（二）保险服务协议；

（三）保险单及保险条款、批单；

（四）甲方投保材料；

（五）磋商文件及磋商文件澄清、响应文件及响应文件澄清、中标通知书、公开磋商达成的书面文件、承诺书等保险采购等所有的附件文件。

上述文件互为补充和解释，如有相互矛盾之处，以本协议为准。

本协议的适用保险条款和保险费率应符合中国银行保险监督管理委员会关于保险条款和保险费率的相关规定，若有必要应由乙方负责将适用保险条款和保险费率报送中国银行保险监督管理委员会审批或者备案，乙方对适用保险条款和保险费率合规性负责。

特别约定：本协议约定事项（除责任免除、保全及理赔事项外）与适用保险条款不一致时，以本协议为准，本协议约定事项（除责任免除、保全及理赔事项外）与适用保险条款相比存在未尽事宜，以适用保险条款为准。本协议约定的责任免除、保全及理赔事项与适用保险条款不一致时，适用保险条款所列的责任免除、保全及理赔事项无效。

三、保险期间

保期：2026 年 9 月 3 日至 2028 年 9 月 2 日，合同一年一签。本合同自 2026 年 9 月 3 日至 2027 年 9 月 2 日，经采购人考核合格后方可续签下一年服务合同，否则采购人有权终止合同，重新组织招标。

四、保险费

被保险人保险费为 40 元/人/年，保险费总计为 471800 元。

五、投保、出单与保险费支付

（一）投保

甲方投保时，须向乙方提供以下材料：

1、投保单（须加盖甲方公章）。

2、被保险人清单（须加盖甲方公章）。

被保险人信息包括姓名、身份证号码或其他有效证件号码（如无法提供身份

证号码或其他有效证件号码，则提供性别、出生日期）、人员类别等（在合同期内，新评残疾证人员视同列入被保险人清单，以甲方单位发放的残疾证为准）。

本协议生效后，每个保险期间的被保险人数由甲方根据最新统计数据整理确定。

在保险期间内，若发现被保险人实际情况（姓名、身份证号码或其他有效证件号码、人员类别等）与投保时提供的被保险人清单中的信息不一致时，由甲方开具证明，乙方进行相应信息变更处理。

（二）出单

乙方在收到甲方投保材料及保险费后 7 日内，根据本协议的有关内容为甲方出具保险单，并开具保险费增值税发票。

（三）保险费支付

合同签订后，支付实际保费的 30%作为预付款。被保险人的保险费由甲方全额承担，在本协议签署后 6 个月内，给付至本年度保险费的 50%，本年度的合同履行结束后一个月，经甲方考核认可，且赔付率差额全部对接到位的情况下，结清剩余保险费。（如合同签订后，中标单位书面明确表示无需预付款或者主动要求降低预付款比例的，由双方另行商定）

六、保险保障内容

险种	项目		保险条件
残疾人意外伤害险	保险对象		具有盐城市射阳县户籍、在本县因学习、婚姻、就业居住一年以上，年龄符合 0-74 周岁，持有有效期内的第二代、第三代《中华人民共和国残疾人证》，未享受政府有关部门购买意外伤害险的各类残疾人。
	标准内容及保障	基础保险项目	1.意外身故保险金额：1.2 万元/人
			2.意外伤残保险金额： 4 万元/人

			3.意外医疗保险金额 6500 元/人（医疗费用在经医保、农保报销后 100%赔付）
			4.意外住院津贴 30 元/天/人（单次 90 天，累计给付天数 180 天)
		可拓展的保险项目（待中标结果确定保险项目）	5.疾病身故保险金额 4000 元
			6.重大疾病保险金额 15000 元（罹患 40 种重大疾病定额给付，首次确诊）
			7.重大疾病住院津贴 40 元/天/人（单次 90 天，累计给付天数 180 天）
			8. 重大疾病医疗补偿保险金额 10000 元（医疗费用在经医保、农保报销后 100%赔付）
	特别约定		1、保险期内，被保险人遭受意外伤害事故，并因该事故致新的残疾，保险人按残疾等级对应的比例给付残疾保险金，或导致原残疾程度加重的，保险人按新评的残疾等级对应的给付比例给付残疾保险金。 2、兹经双方约定，在保险期内若有新增或变更的被保险人，需提供新增/变更人员清单，新增人员保费按照日比例计收。
	保险费		RMB 40 元/人/年

（一）保险责任

1、意外伤害保险责任：

（1）意外伤害身故责任

在保险期间内，被保险人遭受意外伤害(指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件直接致使身体受到的伤害)，并自该意外伤害发生之日起 180 日内因该意外伤害导致身故的，乙方按该被保险人的保险金额扣除已给付伤残保

险金后的余额给付身故保险金。

在保险期间内，被保险人遭受意外伤害，且自该意外伤害发生之日起下落不明，后经人民法院宣告死亡的，乙方按约定的意外伤害保险金额给付意外伤害身故保险金。但若被保险人被宣告死亡后生还的，保险金受益人应于知道或应当知道被保险人生还后 30 日内退还乙方已给付的意外伤害身故保险金。

被保险人意外伤害身故前乙方已给付意外伤害伤残保险金的，给付意外伤害身故保险金时应扣除已给付的意外伤害伤残保险金。

（2）意外伤害伤残责任

在保险期间内，被保险人遭受意外伤害，且自该意外伤害发生之日起 180 日（含）内，因该意外伤害造成《人身保险伤残评定标准及代码》（保监发【2014】6 号 国家金融行业标准编号 JR/T 0083-2013）（以下简称《行业标准》）所列伤残的，乙方按《行业标准》所列给付比例乘以约定的意外伤害保险金额给付意外伤害伤残保险金；与人身保险伤残程度等级相对应的保险金给付比例分为十档，伤残程度第一级对应的保险金给付比例为 100%，伤残程度第十级对应的保险金给付比例为 10%，每级相差 10%。若自意外伤害发生之日起 180 日内治疗仍未结束的，则按第 180 日身体情况进行伤残评定，并据此给付意外伤害伤残保险金。

附表：　　人身保险伤残评定标准

伤残等级	给付比例	伤残等级	给付比例
一	100%	六	50%
二	90%	七	40%
三	80%	八	30%
四	70%	九	20%
五	60%	十	10%

当同一意外伤害造成两处或两处以上伤残时，应首先对各处伤残程度分别进行评定，如果几处伤残等级不同，以最重的伤残等级作为最终的评定结论；如果

两处或两处以上伤残等级相同，伤残等级在原评定基础上最多晋升一级，最高晋升至第一级。同一部位和性质的伤残，不应采用《行业标准》条文两条以上或者同一条文两次以上进行评定。

若在保险期间开始之前被保险人同一部位已有伤残，或在保险期间内被保险人因不同意外伤害导致同一部位多次伤残（不含因责任免除事项所致伤残，下同），而在保险期间内被保险人因本次意外伤害导致同一部位伤残的，乙方按被保险人上述已有伤残、多次伤残、本次伤残中最重的伤残等级对应《行业标准》所列给付比例计算伤残保险金，但上述已有伤残、多次伤残视同已按约定的保险金额给付伤残保险金，在给付本次意外伤害伤残保险金时应予以扣除。

被保险人意外伤害身故保险金和意外伤害伤残保险金的给付总额，以约定的该被保险人意外伤害保险的保险金额为限。单次或累计给付的意外伤害伤残保险金达到约定的该被保险人意外伤害保险的保险金额时，乙方对该被保险人的意外伤害保险责任终止。

2、意外医疗保险责任：

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害，且自该意外伤害发生之日起180日（含）内因该意外伤害在二级以上(含二级)医院住院或门急诊就，发生的符合当地社会基本医疗保险机构规定的合理医疗费用（不包括基本医疗保险规定的由个人先行自付部分的医疗费用以及基本医疗保险规定的应当由个人全额负担的自费费用），乙方扣除被保险人已通过其他途径（包括社会保险经办机构、意外伤害事故责任方、被保险人工作单位、含乙方在内的任何商业保险机构等）获得的医疗费用补偿及约定的免赔额后，按照约定的比例给付意外伤害医疗保险金，累计给付金额以约定的意外伤害医疗保险金额为限。

3、意外住院津贴保险责任：

在保险期间内，被保险人因意外伤害在二级以上(含二级)医院住院就诊，乙方按每次住院发生的合理住院天数扣除约定的每次住院免赔天数后，乘以约定的每日住院津贴给付意外伤害住院津贴保险金，乙方对被保险人每次住院给付的意外伤害住院津贴保险金天数以约定的每次住院津贴最高给付天数为限，乙方对被

保险人累计给付的意外伤害住院津贴保险金天数以约定的累计住院津贴最高给付天数为限。

4、重大疾病保险责任：

在保险期间内，被保险人经二级（含）以上基本医疗保险定点医疗机构诊断初次患本协议约定的一种或一种以上重大疾病（重大疾病共40种），乙方按约定的保险金额给付重大疾病保险金，同时对该被保险人本项保险责任终止。

40种重大疾病包括：恶性肿瘤、急性心肌梗塞、脑中风后遗症、重大器官移植术或造血干细胞移植术、冠状动脉搭桥术(或称冠状动脉旁路移植术)、终末期肾病(或称慢性肾功能衰竭尿毒症期)、多个肢体缺失、急性或亚急性重症肝炎、良性脑肿瘤、慢性肝功能衰竭失代偿期、脑炎后遗症或脑膜炎后遗症、深度昏迷、双耳失聪、双目失明、瘫痪、心脏瓣膜手术、严重阿尔茨海默病、严重脑损伤、严重帕金森病、严重III度烧伤、严重原发性肺动脉高压、严重运动神经元病、语言能力丧失、重型再生障碍性贫血、主动脉手术、脑动脉瘤开颅手术、严重多发性硬化症、严重系统性红斑狼疮性肾病、严重重症肌无力、终末期肺病、肌营养不良症、细菌性脑脊髓膜炎、胰岛素依赖型糖尿病、急性坏死性胰腺炎、经输血感染艾滋病病毒、侵蚀性葡萄胎(或称恶性葡萄胎)、脊髓灰质炎、原发性心肌病、植物人、严重溃疡性结肠炎（以上40种重大疾病释义以中国保险行业协会与中国医师协会制定的规范定义为准。）

5、重疾住院津贴保险责任：

在保险期间内，被保险人经二级（含）以上基本医疗保险定点医疗机构诊断初次患本协议约定的一种或一种以上重大疾病（重大疾病共40种，详见附件），并因该疾病在二级以上(含二级)医院住院诊疗，乙方按每次住院发生的合理住院天数扣除约定的每次住院免赔天数后，乘以约定的每日住院津贴给付重大疾病住院津贴保险金，乙方对被保险人每次住院给付的重大疾病住院津贴保险金天数以约定的每次住院津贴最高给付天数为限，乙方对被保险人累计给付的重大疾病住院津贴保险金天数以约定的累计住院津贴最高给付天数为限。

6、疾病身故保险责任：

在保险期间内，被保险人自保险期间开始之日起患有疾病，并在保险期间内因该疾病导致身故的，一次性给予受益人4000元死亡补偿金。

7、重大疾病医疗补偿责任：

在保险期间内，被保险人经二级（含）以上基本医疗保险定点医疗机构诊断初次患本协议约定的一种或一种以上重大疾病（重大疾病共40种，详见附件），并因该疾病在二级以上(含二级)医院门诊或住院治疗，发生的医疗费用乙方扣除被保险人已通过其他途径（包括社会保险经办机构、意外伤害事故责任方、被保险人工作单位、含乙方在内的任何商业保险机构等）获得的医疗费用补偿及约定的免赔额后，按照约定的比例给付重大疾病医疗补偿保险金，累计给付金额以约定的重大疾病医疗补偿保险金额为限。

8、特别说明：考虑到残疾人出险后面临的住院治疗时间，出险后不一定立即报案，保险理赔时间可放宽至合同签定前一年内（以出险日期为准）。

（二）释义及特别约定

1、意外伤害约定

意外伤害指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

若被保险人遭受的意外伤害事故类型属于基本医疗保险规定不予支付的范围（如交通事故或者其他责任事故等），但符合本协议约定的意外伤害定义的，乙方对该类型意外伤害事故承担保险责任。

若导致被保险人发生责任事故的责任方逃逸、无赔偿能力或拒不赔偿时，乙方应及时履行对应的保险金给付责任，不得以有责任方为由拒绝或延缓给付保险金。

2、合理医疗费用

合理医疗费用指符合保单签发地基本医疗保险规定的药品目录、诊疗项目目录、服务设施范围和支付标准的医疗费用。

3、费用补偿约定

被保险人已通过其他途径（包括社会保险经办机构、意外伤害事故责任方、

被保险人工作单位、含乙方在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿的，乙方按保险责任约定仅承担剩余部分医疗费用的保险责任，并以医疗费用发票复印件和原始医疗费用发票留存单位出具的医疗费用分割单作为给付保险金依据。

4、合理住院天数约定

合理住院天数指被保险人因意外伤害到基本医疗保险定点医疗机构办理入出院手续，并全日 24 小时入住病房进行检查、诊断、治疗，不包括入住家庭病房、门急诊部（如观察室、输液室等）的天数，也不包括住院期间的挂床行为的天数，但基本医疗保险另有规定的除外。

入住家庭病房指被保险人未入住医疗机构病房，由医护人员以出诊形式上门对被保险人进行检查、诊断、治疗；或被保险人未入住医疗机构病房，由其它人员以转述形式讲述病情，医护人员对被保险人进行诊断、治疗。

挂床指被保险人在住院期间 24 小时内未接受检查和治疗，或同一自然日内住在医院不满 24 小时（办理入、出院手续日以及遵医嘱在外接受临时诊疗的除外）。

5、每次住院约定

每次住院指被保险人因意外伤害到基本医疗保险定点医疗机构住院治疗，自办理入院手续日起至办理出院手续日止的期间；若被保险人因同一意外伤害而入住基本医疗保险定点医疗机构两次（含）以上，而其前次住院办理出院手续日与下次住院办理入院手续日的间隔期间未超过 30 日，视为同一次住院。

6、跨保险期间住院约定

若被保险人在保险责任开始之前已办理入院手续，乙方对保险责任开始之前发生的住院天数不承担保险责任，对保险期间内发生的住院天数承担保险责任。

若被保险人在保险期间内已办理入院手续，至保险责任终止日住院治疗仍未结束，乙方对保险责任终止日后 30 日（含）内发生的住院天数继续承担保险责任；且乙方对被保险人给付的该次住院津贴保险金的天数以约定的每次意外伤害住院津贴最高给付天数为限。

7、恶性肿瘤诊断约定

乙方确认被保险人患恶性肿瘤的诊断时间，以二级（含）以上基本医疗保险定点医疗机构初次病理检查报告结论出具日为准。

8、重大疾病保险、重大疾病住院津贴保险既往症约定

在保险责任生效之日前，被保险人已诊断患本协议约定的重大疾病，且在保险期间内因上述重大疾病的复发、转移、并发症，导致被保险人患本协议约定的重大疾病，乙方不承担重大疾病保险责任。

在保险责任生效之日前，被保险人已诊断患本协议约定的重大疾病，在保险期间内被保险人诊断初次患上述重大疾病之外的本协议约定的重大疾病，乙方承担重大疾病保险责任。

在保险责任生效之日前，被保险人已诊断患本协议约定的重大疾病之外的既往症，在保险期间内因上述既往症导致被保险人初次诊断患本协议约定的重大疾病的，乙方不承担重大疾病保险责任。

既往症指保险责任生效之日前被保险人已患且未治愈的疾病、症状、体征、伤残，已患且已治愈的的疾病、症状、体征、伤残不属于既往症范围。

(三)责任免除

除上述特别约定及释义以外的其他情况按承保单位签发保险单所附承保条款中列明的责任免除项执行。

七、保单退保

甲方可随时要求乙方终止本协议，甲方申请退保时应提供以下材料：

1、退保申请书；

2、保险单原件。

乙方在收到甲方退保材料之日起终止保险合同，并于 30 日内向甲方退还未满期净保费。

未满期净保费＝保单总保险费×（1－保险期间已经过天数÷保险期间天数）

八、理赔服务

（一）理赔申请

乙方需积极响应甲方提出的临时申请要求。

（二）理赔单证

基本理赔单证（供参考，具体以保险人理赔规范为准）	
1、理赔申请书； 2、被保险人身份证明复印件； 3、转账账户复印件，并注明开户行（转账账户姓名需与身份证件姓名相同）。	
根据申请项目，需额外提供的单证	
意外伤害身故 疾病身故	1、意外伤害事故证明； 2、公安部门、国家卫生行政部门认定的医疗机构或其他相关机构出具的被保险人死亡证明书，或人民法院出具的宣告死亡证明文件； 3、殡仪馆、当地民政局或相关部门出具丧葬证明，或公安部门出具的户籍注销证明； 4、可证明合法继承权的相关权利文件： （1）按法定继承的，需提供： a、法定继承人身份认证文件原件（以公证部门、公安户籍部门、街道或社区居委会、被保险人单位等相关部门出具的与被保险人有法定继承关系的关系证明书为准，如法定继承关系中有已身故者，需在关系证明表中注明继承人先身故的情况）； b、法定继承人的身份证明； c、法定继承人签字确认的理赔金银行转账授权书原件

		及银行账户； （2）按遗嘱继承的，需提供： a、公证部门出具的遗嘱继承权公证书原件； b、遗嘱继承人的身份证明； c、遗嘱继承人签字确认的理赔金银行转账授权书原件及银行账户。
意外伤害伤残		1、意外伤害事故证明； 2、有资质的伤残评定机构出具的被保险人伤残程度评定书；
意外伤害医疗	门、急诊医疗	1、意外伤害事故证明； 2、门、急诊费用原始发票/收据原件； 3、门、急诊病历或诊断证明书； 4、门、急诊处方或费用明细清单。
	住院医疗	1、意外伤害事故证明； 2、住院费用原始发票/收据原件； 3、住院费用结算单原件； 4、住院费用明细清单（非医疗机构实时结算，采用基本医疗经办机构结算基本医疗费用的，可提供此项复印件）； 5、住院病历（包括首页、出院记录）或出院小结。
意外伤害住院津贴		1、意外伤害事故证明； 2、住院病历（包括首页、出院记录）或出院小结； 3、被保险人银行账户。
重大疾病		1、二级（含）以上基本医疗保险定点医疗机构出具的病理显微镜检验、血液检验及其他检验报告；

	2、二级（含）以上基本医疗保险定点医疗机构出具的疾病诊断证明书； 3、门、急诊病历或住院病历（包括首页、出院记录）或出院小结。
重大疾病住院津贴	1、二级（含）以上基本医疗保险定点医疗机构出具的病理显微镜检验、血液检验及其他检验报告； 2、二级（含）以上基本医疗保险定点医疗机构出具的疾病诊断证明书； 3、住院病历（包括首页、出院记录）或出院小结。
重大疾病医疗补偿	1、二级（含）以上基本医疗保险定点医疗机构出具的病理显微镜检验、血液检验及其他检验报告； 2、二级（含）以上基本医疗保险定点医疗机构出具的疾病诊断证明书； 3、门、急诊费用或原始发票/收据原件； 4、住院费用结算单原件； 5、住院费用明细清单（非医疗机构实时结算，采用基本医疗经办机构结算基本医疗费用的，可提供此项复印件）； 6、住院病历（包括首页、出院记录）或出院小结。

（三）出险通知

针对意外伤害保险，甲方、被保险人或受益人应于知道意外伤害发生后及时通知乙方，乙方出险报案电话：95312。乙方应在每月 15 日前将上月报案信息以书面形式告知甲方。

单个案件理赔时效（按中标结果执行）

赔款人民币 3000 元以下， 1 天内结案；

赔款人民币 3000-10000 元之间的， 3 天内结案；

赔款人民币 10000-20000 元之间的， 5 天内结案；

赔款人民币 20000 元以上的，__10__天内结案。

如乙方未按承诺天数支付赔款，则按实际拖延天数支付违约金。保险年度终了违约金据实统计，按应付赔款金额×实际违约天数×2‰支付给甲方。全年因赔付时效发生有效投诉 30 件以上，取消下一年度投标资格。

（五）理赔结果通知

乙方为每一申请人分别出具《理赔决定通知书》（以下简称“《通知书》”），《通知书》中需列明赔付险种、理算过程、赔付金额或拒赔原因等，并提供自动短信通知服务。同时，乙方在每月 10 日将前期理赔情况进行汇总并提供给甲方，由甲方整理并核实数据后与乙方核对，理赔情况数据包括被保险人姓名、身份证号、赔付案件数量及累计赔付金额等。

（六）诉讼时效

被保险人或者受益人向乙方请求给付保险金的诉讼时效法定。

（七）理赔约定

1、乙方承诺本项目残疾人意外伤害保险年赔付率为__85 %__，实际赔付率与乙方承诺赔付率之间的差额部分，由于该险种存在一定的报案滞后性，因此最终的年实际赔付率以年度保单结束后三个月为时间节点计算，不足年赔付率__85 %__，差额部分直接返还至甲方指定账户，由甲方用于残疾人事业发展相关费用支出。

2、保险期内新增残疾人均纳入保险名单。

3、乙方承诺当被保险人发生意外伤残事故，在事实清楚的情况下，在事故发生的 2 个工作日内预付__70%__。

4、被保险人发生意外伤残事故，涉及第三方的，乙方不得以追偿权为由，影响足额快速赔付。

5、乙方不得以执行商业条款为由，实行任何形式的免赔操作。

6、若基本医疗经办机构出具单证与理赔所需单证不一致，或不能出具理赔所需单证，由甲、乙双方以补充协议的方式另行约定。

7、乙方不得要求申请人上述理赔单证之外的其他单证。

（八）受益人

1、如果被保险人未指定受益人的，身故保险金作为被保险人的遗产处理，身故保险金之外的受益人为被保险人本人。

2、受益人故意造成被保险人死亡、伤残、疾病的，或者故意杀害被保险人未遂的，该受益人丧失受益权。

（九）道德公约

若经核实被保险人有冒名就医、虚开发票等保险欺诈行为，乙方有权对该被保险人拒赔，并应由甲方对该被保险人进行批评教育。若被保险人上述行为情节严重或发生两次及以上的，乙方有权对该被保险人拒赔，并由甲方申请办理减少该被保险人，乙方按本协议约定终止其保险责任。

九、服务要求

乙方服务要求（按中标保险人承诺执行）

1、成立专项服务小组

乙方应为甲方的保险项目设立专项服务小组（应含专业的健康管理人员、医护人员）并确定服务小组的组员，由其为甲方提供保险承保、理赔等一系列保险服务。对于服务小组组长的更换，应事先征得甲方的同意，对于组员的更换，应及时通知甲方。

2、提供理赔服务

乙方按照约定提供保险理赔服务。

3、提供理赔数据

乙方须每月 15 日前向甲方提供本项目上月的理赔数据。理赔数据必备要素（包括不限于）：报案时间、出险人、身份证号、身份类别、出险原因、出险时间、出险地址、出险经过、联系方式、赔付类型、赔付金额、赔付时间。

4、加强宣传

乙方通过媒体、网站、微信等方式加强宣传。签约后两周内按投保人数印发宣传单，宣传单上包含保险项目内容、理赔流程、赔付金额及具体服务人员姓名、电话等信息，宣传单交由县残联，通过县、镇（区）、村（居）三级发放，确保残疾人人人知晓。

5、人员要求

5.1 乙方承诺，其投标文件中所列项目负责人及团队人员，在合同履行期间为本单位正式在职人员，且全程实际履职。

5.2 乙方应在进场服务之前，向甲方提供上述人员由乙方为其缴纳社会保险的证明（缴费单位名称须与乙方一致）。乙方未按期提供的，甲方有权暂停支付首期服务款，直至提供为止。

5.3 乙方人员发生变更的，须提前向甲方书面报备，并保证替换人员的资质水平不低于原人员。替换人员同样适用本条关于社保核验的约定。

十、考核指标

乙方需接受甲方的监督检查及考核评价，未能达到考核标准的将扣除履约保证金。

（一）承保公司因不配合监督检查或经营服务不到位造成群体上访、产生极大影响的，扣除全部履约保证金取消承保资格，终止合同。

（二）承保公司未能完成响应文件中所承诺的服务，扣罚履约保证金，且需在一个月内补齐罚没的履约保证金。

1、未按承诺时效支付赔款金额，将在履约保证金中扣除相应金额支付赔款；

2、未向每位理赔申请人出具列明赔付险种、理算过程、赔付金额或拒赔原因的《理赔决定通知书》，扣除履约保证金的 10%；

3、未建立规范承保、理赔台账，扣除履约保证金的 10%；

4、未在每月规定时间报送理赔情况，有一次扣除履约保证金的 1%；

5、被保险人拨打报案电话后，未能及时提供服务的，扣除履约保证金的 10%；

6、未按响应文件承诺配备服务人员的，扣除履约保证金的 10%；

7、未完成残联交办的其他重要工作内容，每次扣除履约保证金的 10%；

8、未按时间要求完成赔付率差额用于困难残疾人购买所需商品或其他服务

项目支出的，将在履约保证金中扣除相应金额支付，不足部分在保险费尾款中扣除。如乙方拒不接受且造成纠纷，不得参加下一轮投标。

十一、其他事项

（一）协议适用条款

本协议的适用保险条款为：《人身意外伤害保险（2025 版 A 款）》、《团体重大疾病保险（2021 版）条款》、《团体医疗保险（2020 版）条款》、《附加意外伤害医疗保险（2023 版 A 款）条款》、《附加意外伤害住院津贴保险（2023 版 A 款）条款》、《附加疾病身故保险（2021 版）条款》。

（二）协议有效期

本协议自双方签字并盖章之日起生效，乙方自本协议约定的保险起期开始承担各项保险责任，并至履行完毕时终止，对于本协议约定的保险期间结束后未尽的保险责任和遗留问题，仍按本协议相关规定处理。

（三）协议变更

本协议实施过程中，经甲乙双方协商一致可对本协议内容进行修订或补充，并就所修订或补充的内容签署补充协议，作为本协议的组成部分。补充协议约定内容与本协议约定不一致时，以补充协议为准。

（四）保密条款

除非下列情况，自本协议生效之日起，甲、乙双方不得将本协议涉及的所有有形、无形的信息及资料（包括但不限于双方的往来书面文字文件、电子邮件及信息、软盘资料等）泄露给第三方：

1、为执行本协议而提供相关服务的雇员、顾问、再保险人；

2、应法律或司法管辖要求提供；

3、经甲、乙双方书面同意。

本协议一方因过错造成泄密而给另一方造成损失的，由过错一方承担经济赔偿责任。本协议终止时本条款继续并长期有效。

（五）法律责任

由于本协议一方当事人的过错，造成本协议不能履行或者不能完全履行的，由有过错的一方依法承担违约责任；如属双方当事人的过错，则根据双方当事人过错的实际情况，由双方当事人分别承担各自应负的违约责任。

若发生违约情形，违约方依法依约承担其相应法律责任后，除非守约方同意终止本协议的，本协议仍须继续履行。

（六）争议解决

甲、乙双方之间的一切有关本协议的争议应通过友好协商解决。如果协商不成，可向甲方所在地法院提起诉讼。

（七）其他

本协议正本肆份，甲方、乙方各执正本贰份。

甲方：（盖章）

授权代表:

日期：2026 年 11 月 16 日

乙方：（盖章）

授权代表:

日期：2026 年 11 月 13 日