



КИЇВСЬКИЙ  
КАРТОННО - ПАПЕРОВИЙ  
КОМБІНАТ

## **ТЕХНІЧНЕ ЗАВДАННЯ**

**На проведення закупівлі послуг в сфері добровільного медичного страхування  
(безперервного страхування здоров'я), добровільного страхування від нещасних випадків  
та добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби для  
ПрАТ «Київський картонно-паперовий комбінат»**

**КИЇВ, 2025**

### **1. Замовник**

ПрАТ «Київський картонно-паперовий комбінат» запрошують Страховиків-резидентів України до участі в тендері із закупівлі послуг в сфері добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), добровільного страхування від нещасних випадків та добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби.

### **2. Предмет закупівлі**

Послуги в сфері добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), добровільного страхування від нещасних випадків та добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (далі – ДМС) .

### **3. Місце надання послуг**

Територія Київської області (переважні регіони Київська область, м. Обухів, м. Українка, м.Узин, м. Київ) надання послуг – згідно переліку медичних ЛПУ Додатку №2).

### **4. Період надання послуг**

Період надання послуг – 01.08.2025-30.07.2026 р.р.

### **5. Умови оплати**

Страховий платіж сплачується щоквартально протягом 20-ти календарних днів з початку місяця страхування (з можливістю сплати першої частини протягом 30-ти календарних днів з дати початку дії Договору).

### **6. Укладання договорів**

За результатами розгляду пропозицій буде визнано Переможця для укладення договорів страхування відповідно до предмету закупівлі для ПрАТ «Київський картонно-паперовий комбінат».

Вартість послуг страхування, зазначена в кожному конкретному Договорі страхування, не змінюється протягом терміну дії такого Договору, за винятком випадків страхування новоприбулих працівників на термін менше року. При отриманні від Переможця тендера заяви про необхідність збільшення вартості послуг страхування в період дії договорів страхування Страхувальник має право розірвати кожен і всі такі договори страхування, а також переглянути результати торгів щодо такого Переможця.

Страхування новоприбулих співробітників здійснюється на умовах, зазначених у Договорі страхування.

Договори страхування укладаються українською мовою.

### **7. Вимоги до Страховиків - учасників торгів**

#### **7.1. ЗАГАЛЬНІ ВИМОГИ**

Для участі в тендері Страховик повинен відповідати наступним загальним кваліфікаційним вимогам:

7.1.1. Володіти професійною компетенцією, знаннями, досвідом, а також мати необхідні фінансові, матеріальні та трудові ресурси для виконання зобов'язань відповідно до умов Договору страхування;

7.1.2. Мати діючі на дату подання пропозиції ліцензії – страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування) – клас 2, страхування від нещасного випадку ( в тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання) – клас 1;

7.1.3. Бути платоспроможним, не знаходитися на момент участі тендері в стадії ліквідації та/або банкрутства та/або управління тимчасовою адміністрацією; на майно Страховика не повинен бути накладений арешт, його фінансово-господарська діяльність не повинна бути припинена в установленому законодавством України порядку (надати гарантійний лист на підтвердження зазначеної вище інформації);

7.1.4. Мати досвід роботи на страховому ринку України не менше 5-ти років з медичного страхування, страхування від нещасних випадків та страхування здоров'я на випадок хвороби;

7.1.5. Відсутність відомостей про Страховика в Єдиному державному реєстрі осіб, які вчинили корупційні або пов'язані з корупцією правопорушення, що має бути підтверджено довідкою з даного реєстру;

7.1.6. Страховик протягом останніх трьох років не притягувався до відповідальності за порушення, передбачені пунктом 4 частини другої статті 6, пунктом 1 статті 50 Закону України «Про захист економічної конкуренції», у вигляді здійснення узгоджених антиконкурентних дій, що стосуються спотворення результатів торгів (тендерів) ), що має бути підтверджено гарантійним листом;

7.1.7. Службова (посадова) особа Страховика, що є підписантом договору, а також всі члени Правління Страховика, ніколи не були засуджені за економічні злочини, а також злочини, вчинені з корисливих мотивів, що має бути підтверджено витягом про несудимість;

7.1.8. Наявність в Єдиному державному реєстрі юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань інформації, передбаченої пунктом 9 частини другої статті 9 Закону України «Про державну реєстрацію юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань» із зазначенням прізвища, імені, по батькові кінцевого бенефіціарного власника (контролера) або обґрунтування відсутності зазначеної інформації в Єдиному державному реєстрі юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань, що мають бути підтверджені Витягом з Єдиному державному реєстрі юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань.

## **7.2. ВИМОГИ ДО ФІНАНСОВО-ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ**

7.2.1. Страховики-учасники мають відповідати наступним вимогам до фінансово-господарської діяльності, надати фінансовий звіт за попередній рік:

1. Обсяг валових страхових платежів по ДМС за 2025 року - не менше 81 690 тис. грн;
2. Середній рівень виплат по ДМС за 2025 р. - не менше 30,0% та не більше 100,0%;
3. Середній рівень виплат по всьому страховому портфелю за 01.01.2022-31.12.2024 рр. – не менше 10,0% та не більше 90,0%;
4. Обсяг валових страхових резервів на 31.12.2024 року – не менше 161 020 тис. грн;

7.2.2. Невідповідність діяльності Страховика хоча б одному із зазначених в п. 7.2.1 критеріїв та є підставою для відхилення Конкурсної пропозиції, яка не відповідає заявленим умовам.

## **7.3. ВИМОГИ ДО НАДАННЯ ДОДАТКОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ**

7.3.1. Інформація про структуру медичного асистансу:

1. Інформація про портфель ДМС;

2. Діючі ліцензії та правила медичного страхування, страхування нещасного випадку та страхування здоров'я на випадок хвороби , а також інші документи (при наявності таких), які регулюють порядок здійснення даних видів страхування Страховиком;
3. Перелік лікувально-профілактичних установ (далі - ЛПУ), з якими у Страховика є договірні відносини, із зазначенням класу даних ЛПУ в категоризації, яка прийнята Страхувальником, з урахуванням класів для критичних ЛПУ (наведені у Додатку №2), та з зазначенням регіону розташування даних ЛПУ. Обов'язкова наявність в Обухові та Обухівському районі не менше 5-ти обслуговуючих аптечних установ, які зможуть організовувати доставку медикаментів в офіс та додому застрахованим особам;
4. Передбачити обслуговування всіх застрахованих лабораторією «Діла», «Адоніс» та «Савон» в місті Обухів за всіма видами програм.
5. Передбачити обслуговування застрахованих осіб в амбулаторії комбінату та співпрацю з 3-ма лікарями – координаторами.
6. Перелік альтернативних каналів (месенджери) для звернень застрахованих осіб;
7. Перелік корпоративних клієнтів (не менше 10-и) із зазначенням ПІБ, посади і контактів (мінімум - внутрішній стаціонарний та мобільний телефон, e-mail) відповідальних за супровід корпоративних програм медичного страхування співробітників (в т. ч. страхування від нещасного випадку, ) таких корпоративних клієнтів;
8. Рекомендаційні листи (не менше 3-х) від корпоративних клієнтів Страховика з кількістю застрахованих осіб не менше 1 000 чол. на дату подачі оферти (до розгляду приймаються листи, видані не раніше 1 січня 2024 року);
9. Інформація (довідка в довільній формі, завірена керівником Страховика) про відповідність критеріям, встановленим у пп. 7.1.1, 7.1.7, 7.1.11.
10. Документ (довідка або лист у довільній формі), що підтверджує відсутність підстав для застосування до Страховика оперативно-господарських санкцій, передбачених пунктом 4 частини 1 ст 236 ГКУ.
11. Гарантійний лист, завірений керівником Страховика, про підтвердження виконання всіх умов Договору страхування та даного ТЗ, в разі визначення Страховика переможцем.
12. Інформація про корпоративну структуру власності.

## **8. Вимоги до умов договорів страхування та обслуговування**

8.1. Договори укладаються відповідно до вимог:

- Закону України «Про страхування»;
- інших нормативних документів, положення яких встановлюють вимоги до порядку здійснення ДМС.

Страхуванню за програмами ДМС підлягають співробітники ПрАТ «Київський картонно-паперовий комбінат» відповідно до кількості та категоризації персоналу, наведених в програмах страхування (Додаток №1 до цього ТЗ).

Страховики надають свій варіант договору страхування з переліком ЛПУ , в яких обслуговуються застраховані особи , та переліком виключень по договору та іншими додатками до договору

8.2. Надання послуг ДМС має здійснюватися у відповідності до програм страхування, наведених в Додатку №1.

8.3. Надання послуг ДМС має здійснюватися у відповідності до тексту наданого Договору. Реквізити Страховика, Страхувальника, а також додаткову інформацію про умови страхування (страхова сума, страховий тариф, страхова премія, термін дії Договору) вказуються на титульній сторінці та, при необхідності, в формі додатків до Договору.

8.4. Страховик зобов'язаний забезпечити надання єдиного страхового тарифу для кожної конкретної програми страхування незалежно від кількості, статі, віку та інших характеристик співробітників.

8.5. Страховик гарантує страхування членів сім'ї Застрахованої особи першого ступеня споріднення (чоловік/дружина, батьки, діти) на корпоративних умовах (без урахування корпоративних лімітів) та з коефіцієнтом 1,3:

8.5.1. Страхування родичів співробітника (включення Застрахованої особи в список застрахованих осіб)/з дати народження дитини/реєстрації шлюбу за рівнем програми страхування співробітника;

8.5.2. При цьому страхування дітей можливе за бажанням Застрахованої особи за програмою страхування співробітника або однієї з дитячих програм;

8.5.3. Страхування родичів здійснюється шляхом підписання індивідуального Договору, при цьому Страховик має право запросити декларацію про стан здоров'я до укладення Договору. Інформація, надана Страховикові за допомогою декларації, не може впливати на обслуговування Застрахованої особи та бути підставою для відмови, якщо інше не передбачено умовами Договору;

8.5.4. Оплата за Договором за бажанням застрахованого співробітника може бути розділена на рівні щомісячні платежі, але не більше 2-х.

8.6. Страхувальник має право збільшити розмір корпоративного ліміту на виключення та/або ліміт на офісну аптечку шляхом внесення додаткового платежу в розмірі:

*Додатковий платіж = Сума збільшення ліміту \* (1 + ВВС), де*

ВВС - витрати на ведення справи в розмірі 20%.

8.7. Страховик зобов'язаний надавати звітність по ДМС в форматі і з періодичністю відповідно до вимог Страхувальника 1 раз на місяць (до 10 числа місяця, що слідує за звітним).

8.8. Страховик зобов'язаний надавати вичерпну інформацію про страхові події та наданої допомоги протягом 8 (восьми) робочих годин за запитом Страхувальника або третіх осіб, уповноважених Страхувальником (в тому числі шляхом подання відповідного повідомлення електронною поштою).

8.9. Страховик зобов'язаний здійснити розсилку повідомлень Застрахованим особам щодо Програм, за якою вони застраховані, окрім корпоративного ліміту (SMS-розсилки на мобільні номери Застрахованих осіб/QR-код - посилання /пам'ятка Застрахованої особи).

8.10. Страховик зобов'язаний надати до тендеру інформацію щодо програм лояльності по продуктам страхування для застрахованих співробітників в тому числі, але не виключно (надання знижок):

8.10.1. Страхування нерухомого майна.

8.10.2. Страхування автотранспорту та обов'язкове/добровільне страхування відповідальності.

8.10.3. Пакетні пропозиції щодо ведення вагітності та пологів з можливістю оплати часткової або повної вартості пакета за рахунок індивідуального ліміту по опції «Ведення вагітності й пологів».

8.10.4. Міжнародне медичне страхування, страхування від критичних захворювань.

8.11. Загальні вимоги до обслуговування Застрахованих осіб з першого дня дії договору:

8.11.1. Організація безкоштовної телефонної лінії для звернень Застрахованих осіб.

8.11.2. Забезпечення нормативу дозвону Service Level 80/20 (80% дзвінків, прийнятих за 20 секунд) та рівня дозвону 95%. Пропущені дзвінки (не більше 5%) повинні оброблятися протягом 20 хвилин. У разі недосягнення нормативу дозвону застосування коригувальних заходів за погодженням зі Страхувальником та/або уповноваженими Страхувальником третіми особами (збільшення штату медичного асистансу, зміна або підключення резервного провайдера телефонних ліній, інше).

8.11.3. Без письмового погодження Страхувальника не озвучувати Застрахованим особам можливість використання корпоративного ліміту на виключення. У разі відмови (в т. ч. за відшкодуванням самостійно витрачених 30 грошових коштів) по: складним випадкам та/або по 30, у яких вичерпана страхова сума; діагностиці/лікуванню захворювань-винятків при прогнозованих витратах від 2 000 грн (або іншого розміру, узгодженого зі Страхувальником та/або уповноваженими Страхувальником третіми особами); інших випадків за попереднім погодженням із Страхувальником, необхідно обов'язково письмово повідомляти Страхувальника або третіх осіб, уповноважених Страхувальником, шляхом відправки заповненої заявки на виділення коштів корпоративного ліміту на виключення протягом 1 (одного) робочого дня з моменту звернення Застрахованої особи.

8.11.4. У разі не страхової події (в т. ч. відмови) повідомляти Застрахованих осіб про можливість організації необхідних послуг (в т. ч. медикаментозного забезпечення) з самостійної оплатою таких послуг Застрахованою особою.

8.11.5. При необхідності отримати послуги, передбачені програмою страхування, вартість яких перевищує ліміт на послугу, повідомляти Застрахованих осіб про можливість організації таких послуг з самостійною доплатою різниці Застрахованою особою або компенсації самостійних витрат в рамках ліміту.

8.11.6. У разі звернення Застрахованої особи (самостійно або за призначенням лікаря) до Страховика щодо необхідності надання послуг ДМС в ЛПУ поза списком Страховика, необхідно запропонувати Застрахованій особі можливість організації послуг в ЛПУ зі списку Страховика.

8.11.7. При неможливості організувати допомогу в конкретному населеному пункті обов'язково пропонувати можливість організації послуг в ЛПУ зі списку Страховика в найближчих населених пунктах, при відмові Застрахованої особи від запропонованих варіантів, повідомляти про опції відшкодування самостійно витрачених коштів. При неможливості організувати послугу в ЛПУ класу 1, 2, наступним етапом запропонувати організацію послуг в ЛПУ класу 3, 4.

8.11.8. За запитом Страхувальника ініціювати укладення Договору з ЛПУ поза списком Страховика протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту такого запиту з щотижневим інформуванням про статус укладення договірних відносин.

8.11.9. У разі, якщо призначені препарати не зареєстровані в Україні, знаходяться на перереєстрації, або препаратів немає в наявності в аптечних мережах, проводити заміну на аналоги препаратів з обов'язковим попереднім узгодженням з лікарем або з

Застрахованою особою (при відсутності зв'язку з лікарем). Асистанс в обов'язковому порядку повинен повідомити Застрахованій особі про факт заміни призначеного лікарського засобу до моменту його отримання в аптеці або доставки.

8.12. Особливі вимоги до обслуговування застрахованих осіб за програмою ВІП- та застрахованих членів їх сімей (ВІП-супровід):

8.12.1. Наявність співробітників в штаті асистансу для цілодобового обслуговування (ВІП-супроводу) Застрахованих осіб у кількості не менше 3-х осіб з урахуванням керівника ВІП-напрямку.

8.12.2. Організація окремої телефонної лінії та альтернативних каналів (месенджери) для звернень застрахованих осіб з цілодобовою підтримкою ВІП-супроводу (в тому числі у вихідні та святкові дні). При зверненні Застрахованої особи на загальну виділену лінію (в разі дзвінка з ідентифікованого номера) необхідна переадресація на виділену лінію ВІП-супроводу.

8.12.3. Ідентифікація Застрахованої особи за телефонним номером (за наданими Страхувальником списками та/або зверненнями застрахованих осіб).

8.12.4. Рівень дозвону не менше 98%, при цьому показник Service Level - 90/20 (90% прийнятих дзвінків за 20 секунд). Пропущені дзвінки (не більше 2%) повинні оброблятися протягом 10 хвилин, в тому числі використовуючи:

- a. Реалізацію автоматичної функції callback по всіх пропущених дзвінках.
- b. Переадресацію на особистий номер керівника/співробітника ВІП-напрямку.

8.12.5. Вимоги щодо ведення переговорів з застрахованими особами:

- a. Перехід на мову звернення Застрахованої особи.
- b. У разі прогнозованої відмови Застрахованій особі та неможливості прийняти моментальне компромісне рішення, з урахуванням можливостей Страховика, обов'язково повідомляти Страхувальнику про такий випадок (не озвучуючи відмову Застрахованій особі) для узгодження подальших дій, протягом 10 (десяти) хвилин після надходження звернення.

8.12.6. Інформаційно-консультаційна допомога, організація послуг та замовлення медичних препаратів/товарів (за прайсом Страховика) для третіх осіб (з їхньої самостійної оплати) за запитом застрахованих осіб.

8.12.7. Вимоги щодо організації медичної допомоги:

a. Звернення застрахованих осіб приймаються та обслуговуються виключно окремо виділеним штатом для ВІП-супроводу (замкнутий цикл обслуговування від первинного звернення до закінчення послуги).

b. Терміни організації:

- 1) Амбулаторна/стоматологічна допомога/виклик лікаря - максимально оперативно, але не більше 30 (тридцяти) хвилин з моменту звернення, за винятком випадків, коли інший термін узгоджений із Застрахованою особою;
- 2) Планова стаціонарна допомога - максимально оперативно, але не більше 2 (двох) годин з моменту звернення, за винятком випадків, коли інший термін узгоджений з Застрахованою особою;
- 3) Організація медикаментозного забезпечення в аптечному закладі (самовивезення) - протягом 30 (тридцяти) хвилин з моменту звернення, якщо інше не погоджено з Застрахованою особою; організація доставки медикаментів -

максимально оперативно з урахуванням побажань Застрахованої особи та наявності даної послуги за місцем знаходження Застрахованої особи;

4) Невідкладна медична допомога/невідкладна госпіталізація - невідкладно, але не більше 30 хвилин з моменту звернення;

5) Термін організації послуг, зазначених у пп. 1-3, може бути збільшений в залежності від об'єктивних причин та швидкості відповіді ЛПУ/аптечного закладу, при цьому Застрахованій особі повинно бути повідомлено про це завчасно.

с. При неможливості організації допомоги в бажаному медичному закладі необхідно запропонувати мінімум 2 (два) альтернативні варіанти (з врахуванням релевантності клінік, геолокаційних переваг Застрахованої особи).

d. За запитом Застрахованої особи зустріч та подальший супровід Застрахованої особи в ЛПУ.

е. Використання комп'ютерних та телекомунікаційних технологій для прийому та обробки звернень застрахованих осіб.

8.13. Вимоги до комунікаційного забезпечення взаємодії Страховика зі Страхувальником (в т. ч. застрахованими особами):

8.13.1. Доставка карт на всі локації згідно зі списком, наданим Страхувальником.

8.13.2. Забезпечення картами всіх застрахованих осіб (для застрахованих родичів – теж карти).

8.13.3. Присутність представників Страховика (мінімум 1 представник з вищою медичною освітою) на презентаціях ДМС колективу Страхувальника з приводу запуску Договору страхування та, при необхідності та з ініціативи Страхувальника, протягом дії Договору страхування. Надання Застрахованим Особам посилання на відеопрезентацію страхового продукту, алгоритму дій Застрахованих осіб при настанні події, з метою одержання медичної допомоги чи послуг, покриття яких передбачене умовами Договору страхування.

8.14. Витрати на ведення справи за Договором складають 20%.

8.15. Інформація про кількість персоналу за програмами, наведена в Додатку №1 до цього ТЗ, є актуальною на момент публікації ТЗ та може бути скоригована при укладанні Договору страхування та з урахуванням щомісячної динаміки страхування співробітників. При цьому відхилення фактичної чисельності застрахованих осіб від зазначеної в даному ТЗ не може бути використано для перегляду умов страхування, в т. ч. страхових тарифів та платежів.

## **9. Формування ціни пропозиції**

9.1. В рамках протидії надання недобросовісних пропозицій, пропозиції надаються Страховиками разом з розшифровкою вартості пропозицій в розрізі програм страхування та окремих опцій. Ненадання Страхувальником-учасником торгів такої розшифровки є підставою для відхилення пропозиції, яка не відповідає заявленим умовам.

9.2. Переможець буде обраний за результатами розгляду пропозицій:

9.2.1. При відповідності кваліфікаційним критеріям.

9.2.2. З урахуванням ціни пропозиції.

9.2.3. З урахуванням показників сервісу.

## **10. Вимоги до формування оферти**

1) Вартість програми страхування співробітників по кожному договору розраховується шляхом множення кількості співробітників, що підлягають страхуванню за даною програмою, на вартість програми страхування на одного співробітника:

$$ПСС = КС \times СП, \text{ де}$$

КС – кількість співробітників, що підлягають страхуванню за кожною програмою страхування;

СП – вартість програми страхування на одного співробітника.

2) Вартість програми страхування на одного співробітника розраховується наступним чином:

$$СП = C \times T, \text{ де}$$

С – страхова сума щодо одного співробітника за програмою страхування.

Т – страховий тариф за програмою страхування.

3) Страховий тариф встановлюється у відсотках від страхової суми на кожного застрахованого на розсуд Страховика-учасника торгів.

### **11. Відповідність податковій концепції**

З метою дотримання принципів належної податкової обачності Страховик-учасник торгів зобов'язаний надати до тендеру вказаний нижче перелік документів:

11.1. Копія витягу з Єдиного державного реєстру юридичних осіб та фізичних осіб – підприємців.

11.2. Витяг з реєстру платників ПДВ або копія свідоцтва про реєстрацію платника ПДВ та/або свідоцтва про сплату єдиного податку.

11.3. Копія документа про реєстрацію в органах податкової служби (для нерезидентів та їх представництв).

11.4. Довідку про відсутність заборгованості по платежах ЛПУ за підписом керівника страхової компанії.

11.5. Довідку про відсутність заборгованості по платежах, контроль за справлянням яких покладено на контролюючі органи, видану уповноваженим органом Державної фіскальної служби, в паперовому або електронному вигляді (отриману за допомогою електронного сервісу «Електронний кабінет платника»), або інформацію про наявність у платника за даними інформаційно-телекомунікаційних систем контролюючих органів податкового боргу та/або недоїмки зі сплати єдиного внеску та/або заборгованості по платежах, контроль за справлянням яких покладено на контролюючі органи, що є чинною на дату подачі оферти. Довідка в електронному вигляді повинна бути підписана електронним цифровим підписом/кваліфікованим електронним підписом посадових осіб відповідного контролюючого органу та доступною для перегляду замовником в загальнодоступній (відкритій) частині електронного кабінету платника.

11.6. Копія Статуту зі змінами та доповненнями.

11.7. Копія Довіреності або іншого документа, що підтверджує повноваження особи, що діє від імені Страхової компанії та підписує договірну документацію. Для керівників, що діють без довіреності на підставі статуту - протокол про обрання та наказ про призначення на посаду, або інший документ, що підтверджує призначення на посаду.

11.8. Виписка з банківського рахунка, в якому відкриті поточні рахунки з повним зазначенням їх реквізитів, або завірена підписом уповноваженого представника та печаткою лист із зазначенням розрахункових рахунків і банківських реквізитів.

11.9. Довідки про наявність співробітників відповідної кваліфікації (в довільній формі, на бланку з підписом керівника та печаткою).

11.10. Довідка з переліком субпідрядників, якщо їх залучення передбачається контрагентом.

11.11. Витяг з Державного реєстру фінансових установ що Страховика (інформація щодо класів (ризиків в межах класів) страхування, включених до ліцензії на здійснення діяльності із страхування).

11.12. Лист за підписом керівника Страховика з зазначенням того, чи належить Страховик до юридичної особи, кінцевим бенефіціарним власником, членом або учасником (акціонером), що має частку в статутному капіталі 10 і більше відсотків, якої є російська федерація, громадянин російської федерації, або юридична особа, створена та зареєстрована відповідно до законодавства російської федерації.

11.13. Структуру власності Страховика (за підписом керівника та печаткою).

Документи надаються у вигляді копій, повинні бути завірені керівником Страховика. У разі ненадання зазначених документів Замовник має право відмовитись від укладення Договору на закупівлю.

11.14. Довідку Національного банку України про відсутність невиконаних заходів впливу за порушення Страховиком законів та інших нормативно-правових актів, що регулюють діяльність з надання фінансових послуг на момент участі у тендері.

11.15. Гарантійний лист щодо сплатоспроможності та належного фінансового стану.

11.16. Довідка з Єдиного державного реєстру осіб, які вчинили корупційні або пов'язані з корупцією правопорушення.

11.17. Витяг про несудимість.

11.18. Гарантійний лист щодо не притягнення Страховика протягом останніх трьох років до відповідальності за порушення, передбачені п. 4 ч. 2 ст. 6, п. 1 ст. 50 ЗУ «Про захист економічної конкуренції».

11.19. Фінансовий звіт за попередній рік.

Інформацію про тендер і тендерну пропозицію просимо надіслати економісту фінансового управління Щербак Аллі Володимирівні, тел.: 0457276257, моб.тел.: 0674677170, e-mail: [alla.shcherbak@papier.kiev.ua](mailto:alla.shcherbak@papier.kiev.ua).