**เอกสารแนบท้ายเอกสารสอบราคา**

**1.2 แบบใบเสนอราคา**

เลขที่.................................................

เรียน ประธานคณะกรรมการคัดเลือก

ข้าพเจ้า บจก./หจก..........................................................................................อยู่เลขที่...................................

ถนน.................................................ตำบล/แขวง.........................................อำเภอ/เขต..................................................

จังหวัด.........................................โทรศัพท์..............................................โดย..................................................ผู้ลงนามข้างท้ายนี้ ได้พิจารณาเงื่อนไขต่างๆ ในเอกสารสอบราคา และเอกสารเพิ่มเติม (ถ้ามี) เลขที่..........................................

............................. โดยตลอดและยอมรับข้อกำหนดและเงื่อนไขนั้นแล้ว รวมทั้งรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่กำหนด

ข้าพเจ้าขอเสนอรายการพัสดุรวมทั้งบริการ ซึ่งกำหนดไว้ในเอกสารสอบราคาตามราคาและกำหนดเวลา ส่งมอบ ดังต่อไปนี้

ขอเสนอประกันของ .....................................................................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **รายละเอียดประกัน** | **พนักงาน** | | **คู่สมรสและบุตร** |
| 1.การประกันชีวิต | 20 เท่าของเงินเดือน | | ไม่มี |
| 2.การประกันอุบัติเหตุ | 40 เท่าของเงินเดือน | | ไม่มี |
| 3.การประกันทุพพลภาพ | 20 เท่าของเงินเดือน | | ไม่มี |
| 4.การประกันสุขภาพ แยกตามรายละเอียด ดังนี้ |  | |  |
| 4.1 ค่าห้องและค่าอาหาร วันละ | 2,500 | | 2,500 |
| สูงสุด 91 วันต่อการเจ็บป่วย/อุบัติเหตุแต่ละครั้ง |  | |  |
| 4.2 ค่าห้อง ไอ.ซี.ยู | 5,000 | | 5,000 |
| สูงสุด15 วันต่อการเจ็บป่วย/อุบัติเหตุแต่ละครั้งโดยนำไปรวมกับค่าห้องและค่าอาหาร |  | |  |
| 4.3 ค่าใช้จ่าย ค่าบริการพยาบาลและบริการทั่วไปของโรงพยาบาล | 38,000 | | 38,000 |
| สูงสุดต่อการเจ็บป่วย/อุบัติเหตุแต่ละครั้ง |  | |  |
| 4.4 ค่ารถพยาบาล / ครั้ง | 2,000 | | 2,000 |
| ไปรวมกับค่าใช้จ่ายและบริการทั่วไปของโรงพยาบาล |  | |  |
| 4.5 ค่าธรรมเนียมแพทย์ผ่าตัด | 35,000 | | 35,000 |
| สูงสุดต่อการเจ็บป่วย/อุบัติเหตุแต่ละครั้ง |  | |  |
| 4.6 ค่าธรรมเนียมแพทย์ดูแล วันละ | 1,000 | | 1,000 |
| สูงสุด 91 วันต่อการเจ็บป่วย/อุบัติเหตุแต่ละครั้ง |  | |  |
| 4.7 ค่ารักษาพยาบาลฉุกเฉิน สูงสุดต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง | 7,000 | | 7,000 |
| **รายละเอียดประกัน** | **พนักงาน** | | **คู่สมรสและบุตร** |
| 4.8 ค่าปรึกษาแพทย์พิเศษ | 3,500 | | 3,500 |
| จะนำไปรวมกับค่าใช้จ่ายและบริการทั่วไป และค่าธรรมเนียมแพทย์ผ่าตัดแล้วแต่กรณี |  | |  |
| 4.9 ค่าวินิจฉัยผู้ป่วยนอก | 1,600 | | 1,600 |
| 5.10 ค่ารักษาฟัน (อุด ถอน ขูดหินปูน รักษารากฟัน) ปีละ จำนวนสูงสุด ต่อปีกรมธรรม์ | 5,000 | | 5,000 |
| จำนวนผู้เอาประกัน (พนักงาน) ไม่เกิน (คน) | 167 | | 82 |
| **รายละเอียด** | **แผนที่ 1** | | **แผนที่ 2** |
| 1. ค่าเบี้ยประกันชีวิต อัตรา............................................. | 0.00 | | ไม่มี |
| 2. ค่าเบี้ยประกันอุบัติเหตุ อัตรา............................................. | 0.00 | | ไม่มี |
| 3. ค่าเบี้ยประกันทุกพลภาพสิ้นเชิงถาวร อัตรา.............................................. | 0.00 | | ไม่มี |
| **รวมเบี้ยประกัน, ประกันชีวิต,อุบัติ,ทุพพลภาพ ต่อคน ต่อปี** | 0.00 | | ไม่มี |
| **รายละเอียดประกัน** | **พนักงาน** | | **คู่สมรสและบุตร** |
| 4. ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน | 0.00 | | 0.00 |
| 5. ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก | 0.00 | | 0.00 |
| 6. ค่ารักษาทันตกรรม | 0.00 | | 0.00 |
| **รวมเบี้ยประกันสุขภาพต่อคน ต่อปี** | 0.00 | | 0.00 |
| **อากรแสตมป์ ...........** | 0.00 | | 0.00 |
| **เบี้ยประกันภัยสุทธิต่อผู้เอาประกันภัย ตามแผนความคุ้มครอง** | 0.00 | | 0.00 |
| **เบี้ยประกันสุขภาพรวม ต่อแผน ต่อปี** | 0.00 | | 0.00 |
| **เบี้ยประกันสุขภาพรวมทั้งหมด ต่อปี** | 0.00 | | |
| **เบี้ยประกันทั้งหมด ต่อปี** | 0.00 | | |
|  |  |  | |
| **คุณลักษณะเฉพาะ** |  |  | |
| - จัดทำกรมธรรม์ประกันชีวิต |  |  | |
| - จัดทำกรมธรรม์ประกันสุขภาพ |  |  | |
| - การทำประกันครอบคลุม กรณี เสียชีวิต อุบัติเหตุ ทุพพลภาพ การรักษาพยาบาล และทันตกรรม | | | |
| - การเบิกจ่ายเงินประกันชีวิต อุบัติเหตุ ทุพพลภาพ และประกันสุขภาพ | |  | |
| - เบิกจ่ายตรงกับบริษัทประกัน |  |  | |
|  |  |  | |
| **หมายเหตุ :** |  |  | |
| 1. ขนาดจำกัดของวงเงินประกันชีวิตที่ไม่ต้องแสดงหลักฐานความสามารถในการเอาประกัน (FCL) = 3 ล้านบาท | | | |
| เป็นขั้นต่ำ (เพื่อการแข่งขัน) |  |  | |
| 2. จำนวนพนักงานและคู่สมรส และบุตรของพนักงาน อาจมีการเปลี่ยนแปลง | |  | |
| 3. สถาบันอาหารสามารถแจ้งพนักงานเข้าใหม่พร้อมคู่สมรสและบุตรได้ระหว่างปีกรมธรรม์ โดยให้คิดอัตราค่า | | | |
| เบี้ยประกันในอัตราค่าเบี้ยประกันเดิมที่เสนอราคา |  |  | |
| 4. ขอขยายความคุ้มครองการชดใช้ค่ารักษาพยาบาล และศัลยกรรมแบบคนไข้ในและแบบคนไข้นอก | | | |
| ตามเงื่อนไขของบริษัทประกันเดิม ดังนี้ |  |  | |
| 5. ระยะเวลาทำประกันตั้งแต่ 13 พฤศจิกายน 2567 – 12 พฤศจิกายน 2568 | |  | |
| 6 อื่นๆ ระบุ (ถ้ามี)........................................................................ |  |  | |
|  |  |  | |
| **กรณีผู้ป่วยนอก** |  |  | |
| “การเจ็บป่วยแต่ละครั้ง” ให้หมายความรวมถึง การเจ็บป่วยใดๆ ที่เกิดจากสาเหตุเดียวกันและรวมถึงผลประการอื่น ที่ตามมาภายในระยะเวลาไม่เกินสี่สิบห้า (45) วันนับจากวันที่ออกจากโรงพยาบาลใต้เงื่อนไขดังนี้ | | | |
| 1) การเจ็บป่วยใดๆ ที่เกิดจากสาเหตุเดียวกัน และรวมถึงผลประการอื่นที่ตามมาภายในระยะเวลาสี่สิบห้า (45) วัน | | | |
| นับจากวันที่ออกจากโรงพยาบาลจะได้รับการพิจารณาเสมือนเป็นการเจ็บป่วยต่อเนื่องกัน จะได้รับการชดใช้ตามจำนวนผลประโยชน์ที่มีสิทธิได้รับตามสัญญาเพิ่มเติมหักด้วยส่วนที่ได้รับชดใช้ไปแล้วจากการเจ็บป่วยครั้งก่อน | | | |
| 2) การเจ็บป่วยใดๆ ที่เกิดจากสาเหตุเดียวกัน และรวมถึงผลประการอื่นที่ตามมาภายในระยะเวลา**เกินกว่า**สี่สิบห้า (45) วันนับจากวันที่ออกจากโรงพยาบาลจะได้รับการพิจารณาเสมือนเป็นการเจ็บป่วยครั้งใหม่ ซึ่งจะได้รับการชดใช้ตามผลประโยชน์ที่มีสิทธิได้รับตามสัญญาเพิ่มเติม | | | |
| 3) ถึงแม้จะอยู่ภายในระยะเวลาไม่เกินสี่สิบห้า (45) วันนับจากวันที่ออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อน แต่ถ้าเป็นการเจ็บป่วยครั้งใหม่ ซึ่งไม่มีสาเหตุเกี่ยวพันกับครั้งก่อนก็จะได้รับการชดใช้ตามจำนวนผลประโยชน์ที่มีสิทธิได้รับตามสัญญาเพิ่มเติม | | | |
| - ค่ายากลับบ้านจ่ายตามความจำเป็นทางการแพทย์ไม่เกินกว่า 14 วัน ต่อการเข้ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง | | | |
| - ขยายความคุ้มครองเลนส์แก้วตาเทียม กรณีผ่าตัดต้อ |  |  | |
| - ขยายความคุ้มครองแพทย์แผนจีน สำหรับการรักษาโรคที่รักษาในโรงพยาบาล หรือคลีนิค และมีคำสั่งแพทย์แผนปัจจุบัน โดยถือเป็นส่วนหนึ่งของค่ารักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก | | | |
| **กรณีผู้ป่วยใน** |  |  | |
| - ค่าบริการพยาบาลประจำห้องพักและค่าบริการทั่วๆไป ให้รวมอยู่ในตารางรายละเอียดประกันข้อ 4.3 | | | |
| - ค่ารักษาพยาบาลแบบคนไข้นอกต่อเนื่องหลังจากออกจากโรงพยาบาล บริษัทจะชดใช้ให้ภายในระยะเวลา 31 วัน | | | |
| นับแต่ออกจากโรงพยาบาล และจะชดใช้ต่อเนื่องจนเต็มจำนวนผลประโยชน์ของค่าบริการของโรงพยาบาลต่อการเจ็บป่วยแต่ละครั้งโดยไม่จำกัด จำนวนครั้งและจำนวนเงิน | | | |
| - ผลประโยชน์สำหรับศัลยกรรม (ผ่าตัด) บริษัทจะชดใช้ให้เป็นจำนวนเงินเท่าที่จ่ายจริงเป็นค่าธรรมเนียมผ่าตัดที่แพทย์ ผ่าตัดและ/หรือโรงพยาบาลหรือคลินิกเรียกเก็บ แต่ต้องไม่เกินผลประโยชน์สูงสุดตามแผนประกันของแต่ละราย | | | |
| - ค่ารักษาพยาบาลคนไข้นอกกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน บริษัทจะชดใช้ให้ภายในเวลา 72 ชั่วโมง นับแต่การได้รับอุบัติเหตุนั้นจนครบจำนวนผลประโยชน์สูงสุดที่กำหนดไว้ แต่จำกัดในระยะเวลา 31 วัน นับแต่วันที่ได้รับอุบัติเหตุดังกล่าว | | | |
| - ค่าปรึกษาแพทย์ผู้ชำนาญพิเศษ ไม่นำไปรวมกับตารางรายละเอียดประกันข้อ 4.3 กรณีไม่มีการผ่าตัด | | | |
| หรือรวมกับข้อ 4.5 กรณีมีการผ่าตัด |  |  | |
| - คุ้มครองโรคซึ่งเป็นอยู่ก่อนทำประกัน 90 วัน ของการประกันภัยของพนักงานแต่ละราย | |  | |
| **เงื่อนไขการชำระเงิน** |  |  | |
| ชำระเงิน 100% เมื่อผู้รับจ้างได้ส่งงานที่เสร็จสมบูรณ์ครบถ้วนและผ่านการตรวจรับจากคณะกรรมการ ตรวจรับการจ้าง เรียบร้อยแล้ว ผู้ว่าจ้างจะจ่ายเงินให้ผู้รับจ้างตามจำนวนเงินที่ได้ตกลงราคาไว้ | | | |
| **การส่งมอบงาน** |  |  | |
| กรมธรรม์ประกันชีวิต และกรมธรรม์ประกันสุขภาพและบัตรประกันสุขภาพของพนักงานและคู่สมรส และบุตร | | | |
| ของพนักงานเป็นรายบุคคล ภายในวันที่ 12 พฤศจิกายน 2567 |  |  | |
| **เงื่อนไขค่าปรับ** |  |  | |
| หากผู้รับจ้างไม่สามารถจัดส่งกรมธรรม์ประกันภัย และกรมธรรม์ประกันสุขภาพ และบัตรประกันสุขภาพของพนักงาน คู่สมรส และบุตรของพนักงาน เป็นรายบุคคล ภายในเวลาที่กำหนด นับจากวันที่ได้รับใบสั่งซื้อ/จ้าง ผู้รับจ้างจะต้องชำระค่าปรับให้แก่สถาบันอาหารเป็นรายวันในอัตราร้อยละ 0.05 ของราคาค่าจ้างตลอดอายุสัญญาจ้าง (วงเงินจ้าง) โดยนับถัดจากวันที่กำหนดตามสัญญา | | | |

คำเสนอนี้จะยืนอยู่เป็นระยะเวลา 30 วัน นับแต่วันเปิดซองใบเสนอราคา และสถาบันอาหารอาจรับคำเสนอนี้ ณ เวลาใดก็ได้ก่อนที่จะครบกำหนดระยะเวลาดังกล่าว หรือระยะเวลาที่ได้ยืดออกไปตามเหตุผลอันสมควรที่สถาบันอาหารร้องขอ

ในกรณีที่ข้าพเจ้าได้รับการพิจารณาให้เป็นผู้ชนะการสอบราคา ข้าพเจ้ารับรองที่จะ

1. ทำสัญญาตามแบบสัญญาซื้อขายแนบท้ายเอกสารสอบราคากับสถาบันอาหารภายใน 15 (สิบ

ห้า) วัน นับถัดจากวันที่ได้รับแจ้งให้ไปทำสัญญา

2. มอบหลักประกันการปฏิบัติตามสัญญาตามที่ระบุไว้ในข้อ 6 ของเอกสารสอบราคาให้แก่

สถาบันอาหารก่อน หรือขณะที่ได้ลงนามในสัญญาเป็นจำนวนร้อยละ - ของราคาตามสัญญา ที่ได้ระบุไว้ในใบเสนอราคานี้ เพื่อเป็นหลักประกันการปฏิบัติตามสัญญาโดยถูกต้องและครบถ้วน

หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติให้ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ข้างต้นนี้ ข้าพเจ้ายินดีชดใช้ค่าเสียหายใดๆ ที่อาจมีแก่สถาบันอาหาร และสถาบันอาหารจะให้ผู้เสนอราคารายอื่นเป็นผู้ได้รับการพิจารณาราคาได้ หรือสถาบันอาหารอาจดำเนินการสอบราคาใหม่ก็ได้

ข้าพเจ้ายอมรับว่าสถาบันอาหารไม่มีความผูกพันที่จะรับคำเสนอนี้ หรือใบเสนอราคาใดๆ รวมทั้งไม่ต้องรับผิดชอบในค่าใช้จ่ายใดๆ อันอาจเกิดขึ้นในการที่ข้าพเจ้าได้เข้าเสนอราคา

บรรดาหลักฐานประกอบการพิจารณา เช่น ตัวอย่าง (Sample) แคตตาล๊อก แบบรูปรายการ ละเอียดคุณลักษณะเฉพาะ (Specifications) ซึ่งข้าพเจ้าได้ส่งให้แก่สถาบันอาหารพร้อมใบเสนอราคา ข้าพเจ้ายินยอมมอบให้สถาบันอาหารไว้เป็นเอกสารและทรัพย์สินของมูลนิธิ สำหรับตัวอย่างที่เหลือหรือไม่ใช้แล้ว ซึ่งสถาบันอาหารคืนให้ ข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องค่าเสียหายใดๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวอย่างนั้น

ข้าพเจ้าได้ตรวจทานตัวเลขและตรวจสอบเอกสารต่างๆ ที่ได้ยื่นพร้อมใบเสนอราคานี้โดยละเอียดแล้ว และเข้าใจดีว่าสถาบันอาหารไม่ต้องรับผิดชอบชดใช้ความผิดพลาดหรือตกหล่น

ใบเสนอราคานี้ ได้ยื่นเสนอโดยบริสุทธิ์ยุติธรรม และปราศจากกลฉ้อฉล หรือการสมรู้ร่วมคิดกันโดยไม่ชอบด้วยกฎหมายกับบุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือหลายบุคคล หรือกับห้างหุ้นส่วนบริษัทใดๆ ที่ได้ยื่นเสนอราคาในคราวเดียวกัน

เสนอมา ณ วันที่.................เดือน..............................พ.ศ. ..................

ลงชื่อ............................................................

(...........................................................)

ตำแหน่ง.....................................................

ประทับตรา (ถ้ามี)