

LĪGUMS

Pasūtītāja Līguma Nr.1.3.-25/04-17

Izpildītāja Līguma Nr. LVB1_3001/07-11-2017-65

„Elektronikas un datorzinātņu institūta darbinieku veselības apdrošināšana”

Iepirkuma ID Nr.: EDI 2017/4

Rīgā

2017.gada 20. aprīlī

Valsts zinātniskais institūts ”Elektronikas un datorzinātņu institūts”, turpmāk – Apdrošinājumaņēmējs (Līguma pielikumos arī Pasūtītājs), tā direktores Ievas Tenteres personā, kura rīkojas, pamatojoties uz Nolikumu, no vienas puses, un

AAS “BTA Baltic Insurance Company”, turpmāk – Apdrošinātājs (Līguma pielikumos arī Pretendents), tās valdes locekles Evijas Matvejas personā, kura rīkojas, pamatojoties uz 2016.gada 21.oktobra pilnvaru Nr. LVB1_0002/02-02-2016-275, no otras puses,

abi kopā vai katrs atsevišķi attiecīgi arī – Puses vai Puse, pamatojoties uz iepirkuma „Elektronikas un datorzinātņu institūta darbinieku veselības apdrošināšana”, identifikācijas Nr. EDI 2017/4, turpmāk – Iepirkums, rezultātiem un Apdrošinātāja piedāvājumu Iepirkumā, noslēdz šādu līgumu, turpmāk – Līgums.

1. Līguma priekšmets un termiņš

1.1. Līguma priekšmets ir Elektronikas un datorzinātņu institūtā nodarbināto un to radnieku veselības apdrošināšana saskaņā ar Finanšu piedāvājumu (1.pielikums) un Tehnisko specifikāciju / Tehnisko piedāvājumu (2.pielikums), turpmāk – Pakalpojums. Pielikumi ir Līguma neatņemama sastāvdaļa.

1.2. Līgums stājas spēkā ar tā abpusējas parakstīšanas brīdi un ir spēkā līdz saistību pilnīgai izpildei.

1.3. Puses var vienoties par Līguma grozījumiem un pagarināt Līguma darbības termiņu papildus vēl uz 1 (vienu) gadu, nemainot Līguma nosacījumus.

1.4. Pamatojoties uz Līgumu Apdrošinājumaņēmējam tiek izsniegta Apdrošinājumaņēmēja polise, turpmāk – Polise, ar termiņu 1 (viens) gads no 2017.gada 1.maija. Polise stājas spēkā ne vēlāk kā 5 (piecu) darba dienu laikā pēc tās iesniegšanas.

1.5. Līguma darbības vieta ir Latvijas Republika.

2. Pakalpojuma pieņemšana un apdrošināšanas prēmijas samaksa

2.1. Līguma ietvaros Apdrošinājumaņēmējs par saviem līdzekļiem veic Tehniskās specifikācijas / Tehniskā piedāvājuma 1. un 2.punktam atbilstošu Pakalpojumu apmaksu līdz 55 (piecdesmit pieciem) nodarbinātajiem saskaņā ar Finanšu piedāvājuma 1.sadaļā „Pamata programma par Pasūtītāja līdzekļiem, atbilstoši Tehniskās specifikācijas 1. un 2.punkta prasībām” norādīto apdrošināšanas prēmijas apmēru.

2.2. Finanšu piedāvājumā norādīto apdrošināšanas prēmiju apmēri ir fiksēti un netiks paaugstināti. Apdrošināšanas nosacījumus Līguma darbības laikā Apdrošinātājs nemaina.

2.3. Neparedzētus izdevumus, ja tādi rodas un ja tie ir nepieciešami pilnīgai Līguma izpildei, sedz Apdrošinātājs.

2.4. Apdrošinājumaņēmējs 3 (trīs) darba dienu laikā pēc Līguma spēkā stāšanās brīža iesniedz Apdrošinātājam Elektronikas un datorzinātņu institūta apdrošināmo nodarbināto, turpmāk – Apdrošinātie, sarakstu, norādot to vārdu, uzvārdu, personas kodu, izvēlētās papildu programmas.

2.5. Apdrošinātājs Polisi un individuālās apdrošināšanas kartes, pamata programmas un izvēlētās papildus programmas aprakstu Apdrošinājumaņēmējam izsniedz ne vēlāk kā 10 (desmit) darba dienu laikā no Līguma spēkā stāšanās dienas. Apdrošināšanas līguma iestāžu

saraksts, kā arī Apdrošinātāja veselības apdrošināšanas noteikumi ir pieejami Apdrošinātāja mājas lapā <https://www.bta.lv/lv>. Individuālā apdrošināšanas karte ir dokuments, kas apliecina, ka Apdrošinātā labā ir noslēgts apdrošināšanas līgums.

2.6. Samaksu par Pakalpojumu Apdrošinājuma ņēmējs veic par faktiski saņemtajām individuālās apdrošināšanas kartēm ne vēlāk kā 30 (trīsdesmit) dienu laikā pēc individuālās apdrošināšanas kartes/karšu un attiecīga rēķina saņemšanas un pieņemšanas. Maksājumi tiek veikti 2 (divos) maksājumos ar pārskaitījumu uz Apdrošinātāja norādīto bankas kontu. Par samaksas dienu tiek uzskatīta diena, kad Apdrošinājuma ņēmējs veicis pārskaitījumu uz norādīto bankas kontu.

2.7. Apdrošinājuma ņēmējs ir tiesīgs nepieņemt un neapmaksāt Pakalpojumu, ja:

2.7.1. tiek konstatēts, ka Pakalpojums un rēķinā norādītā informācija pilnībā neatbilst Līguma nosacījumiem;

2.7.2. tiek konstatēts, ka Pakalpojums neatbilst atsevišķiem Tehniskās specifikācijas / Tehniskā piedāvājuma un/vai Finanšu piedāvājuma nosacījumiem;

2.7.3. tiek konstatēts, ka Pakalpojums nav kvalitatīvs (ja līdz rēķina apmaksai tiek saņemta vismaz viena pamatota sūdzība par saņemto Pakalpojumu no Apdrošinātā).

2.8. Par saskaņā ar Līguma 2.7.punktā konstatētajām neatbilstībām Līguma 2.10.1.apakšpunktā norādītā Apdrošinājuma ņēmēja kontaktpersona elektroniski informē Līguma 2.10.2.apakšpunktā norādīto Apdrošinātāja kontaktpersonu, un Apdrošinātājs tās bez papildus samaksas novērs 5 (piecu) darba dienu laikā. Uzskatāms, ka informācija par neatbilstībām ir saņemta otrajā darba dienā pēc tās nosūtīšanas.

2.9. Apdrošināšanas prēmiju par Apdrošināto papildus programmām un par Apdrošināto radnieku apdrošināšanu attiecīgais Apdrošinātais iemaksā Apdrošinātājam no personīgajiem līdzekļiem, pārskaitot to uz Apdrošinātāja norādīto kontu, pēc rēķina saņemšanas.

2.10. Lai nodrošinātu Līguma izpildi, Puses nozīmē savus pārstāvjus, kuru pienākums ir koordinēt Līguma izpildi un nodrošināt savlaicīgu informācijas apmaiņu:

2.10.1. Apdrošinājuma ņēmēja kontaktpersona ir Pārsla Krūmiņa, telefons: +371 67 558 266, e-pasts: parslak@edi.lv;

2.10.2. Apdrošinātāja kontaktpersona ir Roberts Aparjods, telefons: +371 67 025 199, e-pasts: roberts.aparjods@bta.lv;

2.10.3. Apdrošinājuma ņēmēja piesaistītais apdrošināšanas brokers ir SIA „Apdrošināšanas un finansu brokers” (reģ.Nr.40003438358), un tā pilnvarotā kontaktpersona ir Aleksandra Ķervane, telefons: +371 67 613 810, e-pasts: aleksandra@financebroker.lv, kas veic apdrošināšanas brokera pienākumus šī Līguma noslēgšanā un polises apkalpošanā visa Līguma un polises darbības termiņa laikā.

2.11. Parakstot Līgumu, Apdrošinājuma ņēmējs apliecina, ka tas ir saņēmis visu Apdrošināto piekrišanu ļaut Apdrošinātājam apstrādāt Apdrošināto datus, tajā skaitā sensitīvus personas datus un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodus saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu un citiem Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem, apdrošināšanas risku kotēšanai, atlīdzības regulēšanai un apdrošināšanas līgumu administrēšanai.

3. Pušu tiesības un pienākumi

3.1. Apdrošinājuma ņēmējs apņemas:

3.1.1. ievērot Līguma nosacījumus;

3.1.2. Līguma 2.sadaļā noteiktajā kārtībā samaksāt par Pakalpojumu;

3.1.3. informēt apdrošināmo nodarbināto sarakstā minētos nodarbinātos par to, ka viņi tiek apdrošināti, kā arī par to, uz kādiem nosacījumiem viņi tiek apdrošināti;

3.1.4.1 (viena) mēneša laikā pēc Polises spēkā stāšanās rakstveidā informēt Apdrošinātāju par Apdrošinājumaņēmēja nodarbināto radniekiem, kuri veselību vēlas apdrošināt pie Apdrošinātāja, norādot to vārdu, uzvārdu, personas kodu, izvēlētas programmas.

3.1.5. ar piesaistītā apdrošināšanas brokera starpniecību nosūta Apdrošinātājam pieteikumu par nepieciešamajām izmaiņām Apdrošināto sarakstā Līguma darbības laikā. Vienlaikus ar iesniegumu par karšu pārtraukšanu Apdrošinājumaņēmējs iesniedz Apdrošinātājam pārtraucamās kartes.

3.2. Apdrošinātājs apņemas:

3.2.1. sniegt Pakalpojumu saskaņā ar Līgumu;

3.2.2. nodrošināt informācijas un dokumentācijas plūsmu starp Apdrošinājumaņēmēju un Apdrošinātāju, Apdrošinājumaņēmēja nodarbināto izmaksu lietu administrēšanu savas kompetences ietvaros, kā arī jebkuram Apdrošinājumaņēmēja nodarbinātajam brīvi pieejamu iespēju telefoniskām konsultācijām un konsultācijām elektroniskas sarakstes formā par veselības apdrošināšanas jautājumiem visā Līguma darbības laikā;

3.2.3. 30 (trīsdesmit) dienu laikā pēc Apdrošinājumaņēmēja rakstveida pieprasījuma iesniegt atskaiti par izmaksātajām apdrošināšanas atlīdzībām atsevišķi par pamata programmu un katru no papildus programmām, norādot arī Apdrošināto skaitu, kas izmantojuši apdrošināšanas pakalpojumus;

3.2.4. laikus informēt Apdrošinājumaņēmēju par iespējamiem vai paredzamiem kavējumiem Līguma izpildē un apstākļiem, notikumiem un problēmām, kas ietekmē Līguma precīzu un pilnīgu izpildi.

3.2.5. apdrošināšanas prēmiju starpību par jaunu Apdrošinājumaņēmēja darbinieku apdrošināšanu un apdrošināšanas prēmijas atlikumu par izbeigtajām polisēm koriģēt savstarpēju norēķinu veidā.

3.3. Apdrošinājumaņēmējam ir tiesības:

3.3.1. saņemt no Apdrošinātāja informāciju un paskaidrojumus par Līguma izpildes gaitu un citiem Līguma izpildes jautājumiem.

4. Izmaiņas Līguma darbībā vai tās darbības pārtraukšana

4.1. Līgums var tikt grozīts vai izbeigts, Pusēm savstarpēji rakstveidā vienojoties.

4.2. Līgumu var grozīt tikai tad, ja grozījumi ir nebūtiski. Līguma grozījumu būtiskums tiek izvērtēts saskaņā ar Publisko iepirkumu likumu un publisko iepirkumu jomā kompetentu iestāžu izstrādātajiem metodiskajiem norādījumiem un vadlīnijām.

4.3. Apdrošinājumaņēmējam ir tiesības vienpusēji atkāpties no Līguma, ja iestājas viens no šādiem nosacījumiem:

4.3.1. Apdrošinātājs pārkāpj Līguma 2.5. vai 2.8.punktu, vai atkārtoti pārkāpj 3.2.punktu;

4.3.2. Apdrošinātājs Līguma noslēgšanas vai izpildes laikā sniedzis nepatiesas vai nepilnīgas ziņas vai apliecinājumus vai veicis prettiesisku darbību;

4.3.3. ir pasludināts Apdrošinātāja maksātspējas process vai iestājas citi apstākļi, kas liedz vai liegs Apdrošinātājam turpināt Līguma izpildi saskaņā ar Līguma noteikumiem vai kas negatīvi ietekmē Apdrošinājumaņēmēja tiesības, kas izriet no Līguma, tai skaitā ja Apdrošinātājs ir zaudējis tiesības sniegt veselības apdrošināšanas pakalpojumus Latvijas Republikas teritorijā;

4.3.4. Apdrošinātājs Apdrošinājumaņēmējam nodarījis zaudējumus;

4.3.5. Apdrošinātājs ir patvaļīgi pārtraucis Līguma izpildi, tajā skaitā Apdrošinātājs nav sasniedzams juridiskajā adresē.

4.4. Apdrošinātājam ir tiesības vienpusēji atkāpties no Līguma, ja Apdrošinājumaņēmējs pārkāpj Vienošanās 3.1.2.apakšpunktu.

4.5. Puse tiesību atkāpties no Līguma var izlietot, ja otra Puse iepriekš ierakstītas vēstules veidā vai ar drošu elektronisko parakstu parakstītas vēstules veidā ir tikusi brīdināta par plānoto atkāpšanos no Līguma, bet otra Puse nav novērsusi Līguma atcelšanas pamatu 5 (piecu) darba dienu laikā pēc šajā punktā noteiktajā kārtībā nosūtītā brīdinājuma saņemšanas.

4.6. Puse par atkāpšanos no Līguma paziņo ierakstītas vēstules veidā vai ar drošu elektronisko parakstu parakstītas vēstules veidā, un Līgums uzskatāms par atceltu, ja otra Puse 2 (divu) darba dienu laikā ierakstītas vēstules veidā vai ar drošu elektronisko parakstu parakstītas vēstules veidā, papildus elektroniski nosūtot vēstuli Līguma 2.10.punktā norādītajai kontaktpersonai, neceļ motivētus iebildumus.

4.7. Līgums tiek izbeigts arī šādos gadījumos:

4.7.1. turpmāku Vienošanās izpildi padara neiespējamu vai apgrūtinā nepārvarama vara;

4.7.2. Līguma 4.7.punktā noteiktajā gadījumā par Līguma izbeigšanu paziņo Līguma 4.6.punktā noteiktajā kārtībā un Līgums uzskatāms par izbeigtu nākamajā darba dienā pēc paziņojuma saņemšanas dienas.

5. Pušu atbildība

5.1. Puses normatīvajos aktos un Līguma noteiktajā kārtībā ir savstarpēji atbildīgas par otram Pusei nodarītajiem zaudējumiem, ja tie radušies vienas Puses vai tās darbinieku, kā arī šīs Puses Līguma izpildē iesaistīto trešo personu aiz rupjas neuzmanības un ļaunā nolūkā izdarīto darbību vai nolaidības rezultātā.

5.2. Apdrošinātājam ir tiesības prasīt līgumsodu, ja Apdrošinājuma ņēmējs pārkāpj Līguma 2.6.punktā noteikto samaksas termiņu, 0,1 % apmērā no laikā nesamaksātās summas par katru nokavēto dienu, bet ne vairāk par 10 % no maksājuma summas.

5.3. Apdrošinājuma ņēmējam ir tiesības ieturēt vai prasīt līgumsodu, ja Apdrošinātājs pārkāpj Līguma 2.5. vai 2.8.punktā vai 3.2.3.apakšpunktā noteikto termiņu, 0,1 % apmērā no Finanšu piedāvājuma 1.sadaļā „Pamata programma par Pasūtītāja līdzekļiem, atbilstoši Tehniskās specifikācijas 1. un 2.punkta prasībām:” norādītās kopējās apdrošināšanas prēmijas gadā par katru nokavēto dienu, bet ne vairāk par 10 % no Finanšu piedāvājuma 1.sadaļā „Pamata programma par Pasūtītāja līdzekļiem, atbilstoši Tehniskās specifikācijas 1. un 2.punkta prasībām:” norādītās kopējās apdrošināšanas prēmijas gadā.

5.4. Līgumsoda samaksa neatbrīvo Pusi no saistību izpildes.

5.5. Ja viena Puse saskaņā ar Līgumu ierakstītas vēstules veidā vai ar drošu elektronisko parakstu parakstītas vēstules veidā pieprasa no otras Puses līgumsodu, Pusei ir pienākums to samaksāt 30 (trīsdesmit) dienu laikā.

5.6. Puses nevar vainot par Līgumā noteikto saistību nepildīšanu, ja to izpildi kavē nepārvaramas varas apstākļi, par kuru tiek atzīts notikums, kas atbilst šādiem nosacījumiem:

5.6.1. no tā nav iespējams izvairīties un tā sekas nav iespējams pārvarēt;

5.6.2. to Līguma slēgšanas brīdī nebija iespējams paredzēt;

5.6.3. tas nav radies no Puses vai tās kontrolē esošas personas rīcības dēļ;

5.6.4. tas padara saistību izpildi ne tikai apgrūtināšu, bet neiespējamu.

6. Nobeiguma noteikumi

6.1. Ja kādai no Pusēm tiek mainīts kāds no Līgumā minētajiem e-pastiem, tālruniem, adresēm vai citiem rekvizītiem, kā arī ja tiek mainīta Līguma 2.10.punktā norādītā kontaktpersona, Puse par to 1 (vienas) darba dienas laikā elektroniski paziņo otram Pusei. Ja Puse neizpilda šī punkta noteikumus, uzskatāms, ka otra Puse ir pilnībā izpildījusi savas saistības, lietojot Līgumā esošo informāciju par otru Pusi.

6.2. Strīdus, kas radušies sakarā ar Līguma izpildi, Puses noregulē pārrunu ceļā (par ko var tikt uzskatīta Pušu sarakste un/vai klātienes tikšanās), bet gadījumos, kad vienošanās netiek

panākta, Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā tiesā.

6.3. Puses vienojas neizpaust Līguma izpildes gaitā no otras Puses saņemto ierobežotas pieejamības informāciju vai komercnoslēpumu, izņemot, ja šo informāciju pieprasa Latvijas Republikas prokuratūra, Iekšlietu ministrija vai arī citas Latvijas Republikas normatīvajos aktos paredzētās institūcijas, kurām uz to ir likumīgas tiesības.

6.4. Apdrošinājumaņēmējam ir tiesības sniegt visas ar Līguma noslēgšanu un izpildi saistītās ziņas citām iestādēm, kurām ir tiesības pieprasīt un saņemt šīs ziņas saistībā ar ārējā normatīvajā aktā noteikto uzdevumu vai funkciju izpildi.

6.5. Apdrošinātājam savlaicīgi, bet ne vēlāk kā 3 (trīs) darba dienu laikā, jāinformē Apdrošinājumaņēmējs par jebkurām izmaiņām saimnieciskajā darbībā, maksātnespējas vai bankrota procedūras uzsākšanu.

6.6. Jautājumos, ko neregulē Līgums, Puses vadās pēc spēkā esošajiem Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem.

6.7. Līgums ir saistošs Pusēm, kā arī to saistību pārņēmējiem.

6.8. Korespondence, kas saskaņā ar Līgumu jānosūta otrai Pusei ierakstītas vēstules veidā vai ar drošu elektronisko parakstu parakstītas vēstules veidā, uzskatāma par saņemtu attiecīgi vēlākais septītajā dienā pēc tās nodošanas pastā vai otrajā darba dienā pēc nosūtīšanas. Apdrošinājumaņēmējs ierakstītās vēstules sūta uz Apdrošinātāja juridisko adresi, bet ar drošu elektronisko parakstu parakstītas vēstules uz Līguma 7.sadaļā "Pušu rekvizīti" norādīto Apdrošinātāja e-pastu. Apdrošinātājs ierakstītās vēstules un ar drošu elektronisko parakstu parakstītas vēstules sūta attiecīgi uz Līguma 7.sadaļā "Pušu rekvizīti" norādīto Apdrošinājumaņēmēja adresi un e-pastu.

6.9. Apdrošinātājs atbilstoši Iepirkuma nolikumam sedz Apdrošinājumaņēmēja apdrošināšanas brokera SIA "Apdrošināšanas un finansu brokers" (Reģ. Nr. 40003438358) atlīdzību 10 % (desmit procenti) apmērā no kopējās samaksātās apdrošināšanas prēmijas apmēra visā Līguma darbības laikā.

6.10. Līgums sastādīts uz 14 (četrpadsmit) lapām, ko veido Līguma pamatteksts uz 5 (piecām) lapām, Finanšu piedāvājums (1.pielikums) uz 2 (divām) lapām un Tehniskā specifikācija / Tehniskais piedāvājums (2.pielikums) uz 7 (septiņām) lapām, divos identiskos eksemplāros latviešu valodā, kuriem ir vienāds juridiskais spēks, no kuriem viens eksemplārs tiek nodots Apdrošinātājam, bet otrs eksemplārs Apdrošinājumaņēmējam.

7. Pušu rekvizīti

Apdrošinājumaņēmējs:
Elektronikas un datorzinātņu institūts
Reģ. Nr. 90002135242
Adrese: Dzērbenes iela 14, Rīga, LV-1006
e-pasts: info@edi.lv
Norēķinu rekvizīti:
AS „SEB banka”
Bankas kods: UNLALV2X
Konta Nr.: LV27UNLA0034114723100

Direktore I.Tentere



Apdrošinātājs:
AAS "BTA Baltic Insurance Company"
Reģ. Nr. 40103840140
Adrese: K.Valdemāra iela 63, Rīga, LV-1010
e-pasts: bta@bta.lv
Norēķinu rekvizīti:
AS „Citadele banka”
Bankas kods: PARXLV22
Konta Nr.: LV47PARX0016356700001

Valdes locekle E.Matveja



FINANŠU PIEDĀVĀJUMS

1. Pamata programma par Pasūtītāja līdzekļiem, atbilstoši Tehniskās specifikācijas 1. un 2. punkta prasībām:

Nr.p.k.	Programmas nosaukums	Plānotais apdrošināmo darbinieku skaits	Apdrošināšanas prēmija gadā 1 darbiniekam, EUR	KOPĒJĀ apdrošināšanas prēmija gadā, EUR
1.1.	Pamatprogramma	55	213.43	11 738.65

2. Pamata programma par darbinieku radnieku personīgajiem līdzekļiem, atbilstoši Tehniskās specifikācijas 3. punkta prasībām:

Nr.p.k.	Programmas nosaukums	Plānotais apdrošināmo radnieku skaits	Apdrošināšanas prēmija gadā 1 radniekam, EUR
2.1.	Pamatprogramma	X (sākot ar 1. apdrošināmo)	277.46

3. Papildu programmas par darbinieku un darbinieku radnieku personīgajiem līdzekļiem, atbilstoši Tehniskās specifikācijas 4.punkta prasībām:

Nr.p.k.	Programmas nosaukums	Plānotais apdrošināmo skaits	Apdrošināšanas prēmija gadā 1 darbiniekam un/vai radniekam, EUR
3.1.	Zobārstniecības pakalpojumi ar 50% atlaidi un gada limitu EUR 150.00	X (sākot ar 1. apdrošināmo)	112.00
3.2.	Zobārstniecības pakalpojumi ar 50% atlaidi un gada limitu EUR 300.00	X (sākot ar 1. apdrošināmo)	172.00
3.3.	Medikamentu iegāde ar 50% atlaidi un gada limitu EUR 150.00	X (sākot ar 1. apdrošināmo)	81.00
3.4.	Jebkuru medikamentu iegāde ar 50% atlaidi un gada limitu EUR 150.00	X (sākot ar 1. apdrošināmo)	124.00

3.5.	Sporta nodarbības 4 reizes mēnesī, EUR 5.00 par katru apmeklējuma reizi	(sākot ar 1. apdrošināmo)	182.00
------	---	---------------------------	--------

Apdrošinājumaņēmējs:

Elektronikas un datorzinātņu institūts,
direktore



Ieva Tenere


Apdrošinātājs:

AAS "BTA Baltic Insurance Company",
valdes locekle



/Evija Matveja/


TEHNISKĀ SPECIFIKĀCIJA / TEHNISKAIS PIEDĀVĀJUMS

Nr.p.k.	Tehniskās specifikācijas minimālās prasības	Tehniskais piedāvājums (detalizēts pretendenta piedāvājums, t.sk. papildinājumi, ierobežojumi u.c. nosacījumi)
1.	Veselības apdrošināšanas līguma / apdrošināšanas polises funkcionalitāte:	
1.1.	Maksimālais prēmijas lielums (piedāvājuma cena) par apdrošināšanas pamata programmu 1 apdrošinātai personai nevar būt lielāks par EUR 213,43 .	Prēmijas lielums (piedāvājuma cena) par apdrošināšanas pamata programmu 1 apdrošinātai personai EUR 213,43
1.2.	Paredzamais apdrošināmo personu skaits par darba devēja līdzekļiem – līdz 55 darbiniekiem, t.sk. 45 vīrieši un 10 sievietes. <i>Precīzs apdrošināmo skaits tiks norādīts apdrošināšanas polises slēgšanas brīdī.</i>	Paredzamais apdrošināmo personu skaits par darba devēja līdzekļiem – līdz 55 darbiniekiem, t.sk. 45 vīrieši un 10 sievietes. <i>Precīzs apdrošināmo skaits tiks norādīts apdrošināšanas polises slēgšanas brīdī.</i>
1.3.	Veselības apdrošināšanas pakalpojumu sniegšanas termiņš – 1 gads.	Veselības apdrošināšanas pakalpojumu sniegšanas termiņš – 1 gads.
1.4.	Pretendentam jānodrošina katrs Pasūtītāja apdrošinātāja darbinieks ar individuālo veselības apdrošināšanas karti (turpmāk – Karte) un detalizētu veselības apdrošināšanas programmas aprakstu. Papildus Pretendentam ir jānodrošina informācijas pieejamība apdrošinātajām personām ar Pretendenta aktuālo līguma iestāžu sarakstu.	Pretendents nodrošina katru Pasūtītāja apdrošinātāja darbinieku ar individuālo veselības apdrošināšanas karti (turpmāk – Karte) un detalizētu veselības apdrošināšanas programmas aprakstu. Papildus Pretendents nodrošina informācijas pieejamību apdrošinātajām personām ar Pretendenta aktuālo līguma iestāžu sarakstu.
1.5.	Veselības apdrošināšanas polisei (turpmāk – Polise) / Kartei ir jābūt izmantojamai visā Latvijas Republikas teritorijā, nodrošinot tās darbību 24 (divdesmit četras) stundas diennaktī, 7 dienas nedēļā.	Veselības apdrošināšanas polisei (turpmāk – Polise) / Kartei ir izmantojama visā Latvijas Republikas teritorijā, nodrošinot tās darbību 24 (divdesmit četras) stundas diennaktī, 7 dienas nedēļā.
1.6.	Visiem apdrošināšanas segumā ietvertajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (t.sk. arī gadījumos ja apdrošināšanas segums nav spēkā pilnu apdrošināšanas periodu un/vai konkrēta saslimšana un tās ārstēšanas nepieciešamība ir diagnosticēta pirms apdrošināšanas spēkā stāšanās) jābūt pieejamiem pilnā apmērā, sākot ar Polises un Kartes pirmo darbības dienu, un visā tās darbības laikā.	Visi apdrošināšanas segumā ietvertie veselības aprūpes pakalpojumi (t.sk. arī gadījumos ja apdrošināšanas segums nav spēkā pilnu apdrošināšanas periodu un/vai konkrēta saslimšana un tās ārstēšanas nepieciešamība ir diagnosticēta pirms apdrošināšanas spēkā stāšanās) ir pieejami pilnā apmērā, sākot ar Polises un Kartes pirmo darbības dienu, un visā tās darbības laikā.
1.7.	Pretendentam ir jānodrošina plašas ambulatoro un stacionāro līguma iestāžu izvēles iespējas visā Latvijas Republikas teritorijā, tajā skaitā Rīgā. Pretendenta ambulatoro un stacionāro līguma iestāžu sarakstā (t.i. ārstniecības līguma iestādes, kurās ar Karti, bezskaidras naudas norēķinu veidā ir iespējams norēķināties ne tikai par pacientu iemaksas pakalpojumiem, bet arī par līguma iestādes piedāvātajiem maksas pakalpojumiem) ir jābūt iekļautām sekojošām ārstniecības iestādēm: SIA „Veselības centrs 4”, VSIA „Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” un Konsultatīvā poliklīnika, Medicīnas sabiedrība SIA „ARS” un AS "Veselības centru apvienība".	Pretendents nodrošina plašas ambulatoro un stacionāro līguma iestāžu izvēles iespējas visā Latvijas Republikas teritorijā, tajā skaitā Rīgā. Pretendents ambulatoro un stacionāro līguma iestāžu sarakstā (t.i. ārstniecības līguma iestādes, kurās ar Karti, bezskaidras naudas norēķinu veidā ir iespējams norēķināties ne tikai par pacientu iemaksas pakalpojumiem, bet arī par līguma iestādes piedāvātajiem maksas pakalpojumiem) ir iekļautas sekojošās ārstniecības iestādes: SIA „Veselības centrs 4”, VSIA „Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” un Konsultatīvā poliklīnika, Medicīnas sabiedrība SIA „ARS” un AS "Veselības centru apvienība".
1.8.	Pretendentam visās piedāvātajās līguma iestādēs ir jānodrošina apdrošināšanas segumā iekļauto veselības apdrošināšanas pakalpojumu saņemšana uzrādot Karti un neveicot skaidras naudas norēķinus. <i>Pasūtītājs norāda, ka par ambulatorajām un stacionārajām līguma iestādēm šī iepirkuma ietvaros netiek uzskatītas ārstniecības iestādes, kurās ar Pretendenta piedāvāto apdrošināšanas programmu, atbilstoši tehniskās specifikācijas 2 punkta prasībām, uzrādot Karti, iespējams norēķināties tikai par pacientu iemaksas pakalpojumiem no iestādes kopējā piedāvātā pakalpojumu klāsta, kā arī citas ārstniecības iestādes (tajā skaitā arī optikas iestādes), kurās, uzrādot Karti, bezskaidras naudas norēķinu veidā tiek nodrošināti tikai atsevišķi, specializēti maksas ambulatorie pakalpojumi no iestādes kopējā piedāvāto pakalpojumu klāsta.</i>	Pretendents visās piedāvātajās līguma iestādēs nodrošina apdrošināšanas segumā iekļauto veselības apdrošināšanas pakalpojumu saņemšanu uzrādot Karti un neveicot skaidras naudas norēķinus.

1.9.	<p>Pretendentam apdrošinātajiem darbiniekiem ir jānodrošina iespēja iesniegt maksājumus apliecinātos dokumentus atlīdzības saņemšanai (turpmāk – Atlīdzības pieteikumi) gan elektroniski, gan visās Pretendenta pārstāvniecībās par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas saņemti gan Pretendenta nelīguma iestādēs, gan līguma iestādēs gadījumā, ja apdrošinātajam par saņemto veselības aprūpes pakalpojumu nav bijusi iespēja norēķināties ar Karti.</p> <p><i>Pasūtītājs norāda, ka elektroniskos Atlīdzības pieteikumus apdrošinātais ir tiesīgs iesniegt no jebkuras sev pieejamas e-pasta adreses (gan darba, gan privātā, gan jebkura citas), kā arī Pretendents nav tiesīgs noteikt ierobežojumus e-pasta adreses nosaukumam.</i></p>	<p>Pretendents apdrošinātajiem darbiniekiem nodrošina iespēju iesniegt maksājumus apliecinātos dokumentus atlīdzības saņemšanai (turpmāk – Atlīdzības pieteikumi) gan elektroniski, gan visās Pretendents pārstāvniecībās par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas saņemti gan nelīguma iestādēs, gan līguma iestādēs gadījumā, ja apdrošinātajam par saņemto veselības aprūpes pakalpojumu nav bijusi iespēja norēķināties ar Karti.</p> <p><i>Elektroniskos Atlīdzības pieteikumus apdrošinātais ir tiesīgs iesniegt no jebkuras sev pieejamas e-pasta adreses (gan darba, gan privātā, gan jebkura citas), kā arī Pretendents nenoteiks ierobežojumus e-pasta adreses nosaukumam.</i></p>
1.10.	<p>Atlīdzības pieteikumu par polisē iekļautajiem pakalpojumiem, apdrošinātās personas ir tiesīgas iesniegt ne mazāk kā 3 (trīs) mēnešu laikā no pakalpojuma saņemšanas brīža.</p>	<p>Atlīdzības pieteikumu par polisē iekļautajiem pakalpojumiem, apdrošinātās personas ir tiesīgas iesniegt visu apdrošināšanas periodu, bet ne vēlāk kā 5 gadu (60 mēnešu) laikā pēc līguma darbības termiņa beigām.</p>
1.11.	<p>Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa vai Atlīdzības pieteikuma iesniedzēja informēšana atteikuma vai daļējas izmaksas gadījumā (t.sk. norādot atteikto atlīdzības summu un detalizēti paskaidrojot atteikuma vai daļējas izmaksas iemeslu) par visiem tiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kuru apmaksu apdrošinātais sākotnēji ir veicis no personīgajiem līdzekļiem, Pretendentam ir jāveic ne vēlāk kā 15 (piecpadsmit) kalendāro dienu laikā no nepieciešamo dokumentu saņemšanas dienas.</p>	<p>Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu vai Atlīdzības pieteikuma iesniedzēja informēšana atteikuma vai daļējas izmaksas gadījumā (t.sk. norādot atteikto atlīdzības summu un detalizēti paskaidrojot atteikuma vai daļējas izmaksas iemeslu) par visiem tiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kuru apmaksu apdrošinātais sākotnēji ir veicis no personīgajiem līdzekļiem, Pretendents veiks ne vēlāk kā:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5 (pieci) darba dienu laikā no nepieciešamo dokumentu saņemšanas dienas, iesniedzot tos elektroniski uz e-pasta adresi: veseliba.atlidzibas@bta.lv; - 14 (četrpadsmit) kalendāro dienu laikā no nepieciešamo dokumentu saņemšanas dienas, iesniedzot tos pa pastu; - 5 (pieci) darba dienu laikā no nepieciešamo dokumentu saņemšanas dienas, iesniedzot tos jebkurā Pretendenta pārstāvniecībā; - uzreiz skaidrā naudā līdz 100.00 EUR, iesniedzot tos jebkurā Pretendenta pārstāvniecībā.
1.12.	<p>Pretendentam, jānodrošina iespēja Pasūtītājam veikt izmaiņas apdrošināto personu sarakstā ne retāk kā 1 reizi mēnesī visa apdrošināšanas līguma (Polises) darbības termiņa laikā, izslēdzot no tā apdrošinātos darbiniekus un pievienojot jaunus Pasūtītāja darbiniekus uz tādiem pašiem apdrošināšanas nosacījumiem kā esošajiem darbiniekiem, t.sk. arī apdrošināšanas segumam saglabājot pilnu apdrošināšanas perioda apdrošinājuma summu/limitu.</p>	<p>Pretendents nodrošina iespēju Pasūtītājam veikt izmaiņas apdrošināto personu sarakstā 1 reizi mēnesī visa apdrošināšanas līguma (Polises) darbības termiņa laikā, izslēdzot no tā apdrošinātos darbiniekus un pievienojot jaunus Pasūtītāja darbiniekus uz tādiem pašiem apdrošināšanas nosacījumiem kā esošajiem darbiniekiem, t.sk. arī apdrošināšanas segumam saglabājot pilnu apdrošināšanas perioda apdrošinājuma summu/limitu.</p>
1.13.	<p>Iekļaujot jaunus apdrošināmos darbiniekus, kā arī izslēdzot personas no apdrošināto saraksta, Pretendentam jāveic prēmijas aprēķins proporcionāli atlikušajam periodam par pilniem mēnešiem (tas nozīmē, ka viena mēneša apdrošināšanas prēmija tiek noteikta kā 1/12 daļa no gada apdrošināšanas prēmijas). Aprēķinot prēmijas atlikumu par izslēgtajām personām, netiek ņemti vērā administratīvie izdevumi un izmaksātās atlīdzības.</p>	<p>Iekļaujot jaunus apdrošināmos darbiniekus, kā arī izslēdzot personas no apdrošināto saraksta, Pretendents veiks prēmijas aprēķinu proporcionāli atlikušajam periodam par pilniem mēnešiem (tas nozīmē, ka viena mēneša apdrošināšanas prēmija tiek noteikta kā 1/12 daļa no gada apdrošināšanas prēmijas). Aprēķinot prēmijas atlikumu par izslēgtajām personām, netiek ņemti vērā administratīvie izdevumi un izmaksātās atlīdzības.</p>
1.14.	<p>Pretendentam saskaņā ar Pasūtītāja norādījumiem ir jānodrošina kopējās apdrošināšanas prēmijas apmaksas iespēja vienā vai vairākos maksājumos (bet ne vairāk kā 4), dalīto maksājumu gadījumā apdrošināšanas prēmijai nepiemērojot papildus sadārdzinājumu.</p>	<p>Pretendents saskaņā ar Pasūtītāja norādījumiem, nodrošina kopējās apdrošināšanas prēmijas apmaksas iespēju vienā vai vairākos maksājumos (bet ne vairāk kā 4), dalīto maksājumu gadījumā apdrošināšanas prēmijai nepiemērojot papildus sadārdzinājumu.</p>

5.	Pēc Pasūtītāja vai Pasūtītāja pilnvarotā apdrošināšanas brokera rakstiska pieprasījuma saņemšanas, Pretendentam ir jānodrošina informācijas sagatavošana un nosūtīšana Pasūtītājam un/vai pilnvarotajam brokerim par apdrošināšanas līguma darbības laikā kopējo izmaksāto apdrošināšanas atlīdzību statistiku, savu iespēju robežās norādot procentuālu izmaksu sadalījumu katrā no apdrošināšanas segumā iekļautajām veselības aprūpes pakalpojumu grupām.	Pēc Pasūtītāja vai Pasūtītāja pilnvarotā apdrošināšanas brokera rakstiska pieprasījuma saņemšanas, Pretendents nodrošina informācijas sagatavošanu un nosūtīšanu Pasūtītājam un/vai pilnvarotajam brokerim par apdrošināšanas līguma darbības laikā kopējo izmaksāto apdrošināšanas atlīdzību statistiku, savu iespēju robežās norādot procentuālu izmaksu sadalījumu katrā no apdrošināšanas segumā iekļautajām veselības aprūpes pakalpojumu grupām.
2.	Veselības aprūpes pakalpojumi, apdrošinājuma summas un atlaižu apmērs (veselības apdrošināšanas programmas kvalitāte):	
2.1.	Kopējais minimālais atlīdzību limits vienam apdrošinātajam darbiniekam par ambulatoriem un stacionāriem veselības aprūpes pakalpojumiem apdrošināšanas periodā ne mazāk kā EUR 2200.00 gadā, tajā skaitā iekļaujot sekojošus pakalpojumus:	Kopējais atlīdzību limits vienam apdrošinātajam darbiniekam par ambulatoriem un stacionāriem veselības aprūpes pakalpojumiem apdrošināšanas periodā ir EUR 5189.00 gadā, tajā skaitā iekļaujot sekojošus pakalpojumus:
2.2.	Pacienta iemaksas pakalpojumi 100% apmērā , atbilstoši spēkā esošajiem Ministru kabineta noteikumiem, kopējās piedāvās apdrošinājuma summas ietvaros, tajā skaitā: - pacientu iemaksas par ambulatoriem veselības aprūpes pakalpojumiem; - pacientu iemaksas par stacionāriem veselības aprūpes pakalpojumiem (tajā skaitā arī stacionārā rehabilitācija); - pacienta līdzmaksājums par vienā stacionēšanās reizē operāciju zālē veiktajām ķirurģiskajām manipulācijām.	Pacienta iemaksas pakalpojumi 100% apmērā , atbilstoši spēkā esošajiem Ministru kabineta noteikumiem, kopējās piedāvās apdrošinājuma summas ietvaros, tajā skaitā: - pacientu iemaksas par ambulatoriem veselības aprūpes pakalpojumiem; - pacientu iemaksas par stacionāriem veselības aprūpes pakalpojumiem (tajā skaitā arī stacionārā rehabilitācija); - pacienta līdzmaksājums par vienā stacionēšanās reizē operāciju zālē veiktajām ķirurģiskajām manipulācijām.
2.3.	Ambulatorās veselības aprūpes maksas pakalpojumi (t.sk. bez ģimenes ārsta nosūtījuma) ne mazāk kā EUR 700.00 apdrošināšanas periodā, neparedzot katra apdrošināšanas segumā iekļautā pakalpojuma reižu skaita ierobežojumus, atsevišķus apakšlimitus vienam saslimšanas gadījumam vai apakšlimitus kādai no apdrošināšanas segumā iekļautajām pakalpojumu grupām:	Ambulatorās veselības aprūpes maksas pakalpojumi (t.sk. bez ģimenes ārsta nosūtījuma) kopējā programmas limitā apdrošināšanas periodā, neparedzot katra apdrošināšanas segumā iekļautā pakalpojuma reižu skaita ierobežojumus, atsevišķus apakšlimitus vienam saslimšanas gadījumam vai apakšlimitus kādai no apdrošināšanas segumā iekļautajām pakalpojumu grupām:
2.3.1.	maksas ārstu konsultācijas bez norīkojuma, ne mazāk kā EUR 21.00 par katru konsultāciju, neierobežojot apmaksājamo klāstu tikai ar Pretendenta nosauktajiem speciālistiem, tajā skaitā – maksas ģimenes ārsta un/vai maksas terapeita konsultācijas, ārstniecības personu mājas vizītes un to laikā sniegtie medicīniskie pakalpojumi, ārstu-speciālistu konsultācijas (apmaksājot arī dermatologu konsultācijas neatkarīgi no saslimšanas diagnozes), kā arī augsti kvalificētu speciālistu (profesoru un docentu) konsultācijas.	maksas ārstu konsultācijas bez norīkojuma 100 % apmērā līguma iestādēs un līdz EUR 45.00 ārpus līguma iestādēm par katru konsultāciju, neierobežojot apmaksājamo klāstu tikai ar Pretendenta nosauktajiem speciālistiem, tajā skaitā – maksas ģimenes ārsta un/vai maksas terapeita konsultācijas, ārstniecības personu mājas vizītes un to laikā sniegtie medicīniskie pakalpojumi, ārstu-speciālistu konsultācijas (apmaksājot arī dermatologu konsultācijas neatkarīgi no saslimšanas diagnozes), un 100% apmērā Pretendenta līguma iestādēs un EUR 60.00 ārpus līguma iestādēm augsti kvalificētu speciālistu (profesoru un docentu) konsultācijas.
2.3.2.	plaša spektra laboratoriskie izmeklējumi , tajā skaitā arī maksa par analīžu noņemšanu 100% apmērā gan līguma, gan nelīguma iestādēs, neierobežojot apmaksājamo izmeklējumu klāstu tikai ar Pretendenta nosauktajiem izmeklējumiem.	plaša spektra laboratoriskos izmeklējumus , tajā skaitā arī maksu par analīžu noņemšanu 100% apmērā gan līguma, gan nelīguma iestādēs, neierobežojot apmaksājamo izmeklējumu klāstu tikai ar Pretendenta nosauktajiem izmeklējumiem.
2.3.3.	plaša spektra diagnostiskie izmeklējumi ar ārsta norīkojumu, tajā skaitā - visa veida ultrasonogrāfiskie, doplerogrāfiskie izmeklējumi, holtera monitorēšana, endoskopiskie izmeklējumi, rentgenizmeklējumi ar vai bez kontrastvielas, scintigrāfija, datortomogrāfija, magnētiskā rezonanse ar un bez kontrastvielas un citi izmeklējumi jebkurai ķermeņa zonai/ orgānam, saskaņā ar Pretendenta piedāvājumu;	plaša spektra diagnostiskos izmeklējumus ar ārsta norīkojumu, tajā skaitā - visa veida ultrasonogrāfiskie, doplerogrāfiskie izmeklējumi, holtera monitorēšana, endoskopiskie izmeklējumi, rentgenizmeklējumi ar vai bez kontrastvielas, scintigrāfija, datortomogrāfija, magnētiskā rezonanse ar un bez kontrastvielas un citi izmeklējumi jebkurai ķermeņa zonai/ orgānam, saskaņā ar Pretendenta piedāvājumu;
2.3.4.	vakcinēšana pret ērcu encefalītu, gripu 100% apmērā gan līguma, gan nelīguma iestādēs;	Vakcinēšana pret ērcu encefalītu, gripu 100% apmērā gan līguma, gan nelīguma iestādēs un vakcinēšana pret A un B hepatītiem saskaņā ar Pretendenta piedāvājumu;

5.	Valsts noteiktās obligātās darbinieku veselības pārbaudes (darba pienākumu izpildei nepieciešamajā apjomā)	Valsts noteiktās obligātās darbinieku veselības pārbaudes (darba pienākumu izpildei nepieciešamajā apjomā), t.sk. arī izbraukuma pārbaudes visā Latvijas Republikas teritorijā 100% apmērā gan līguma, gan nelīguma iestādēs;
2.3.6.	plaša spektra ārstnieciskās manipulācijas , tajā skaitā apmaksājot manipulācijas arī dermatoloģijā, ginekoloģijā, ķirurģijā, otolaringoloģijā u.c.;	plaša spektra ārstnieciskās manipulācijas , tajā skaitā apmaksājot manipulācijas arī dermatoloģijā, ginekoloģijā, ķirurģijā, otolaringoloģijā u.c.;
2.3.7.	dažāda veida procedūras , tajā skaitā dažādu medikamentu injekcijas, blokādes, punkcijas un citas procedūras;	dažāda veida procedūras , tajā skaitā dažādu medikamentu injekcijas, blokādes, punkcijas un citas procedūras;
2.3.8.	ambulatorā rehabilitācija (ar ģimenes ārsta vai jebkura ārstējošā ārsta norīkojumu, kā arī bez diagnožu ierobežojuma) ar kopējo limitu ne mazāk kā EUR 85.00 apdrošināšanas periodā, nenosakot ierobežojumus reižu un kursu skaitam, kā arī vienas reizes limitu, tajā skaitā: - ārstnieciskā masāža, - manuālā terapija, - ūdens procedūras, - ārstnieciskā vingrošana individuāli vai grupās; - fizikālās terapijas procedūras;	ambulatorā rehabilitācija (ar ģimenes ārsta vai jebkura ārstējošā ārsta norīkojumu, kā arī bez diagnožu ierobežojuma) ar kopējo limitu EUR 100.00 apdrošināšanas periodā, nenosakot ierobežojumus reižu un kursu skaitam, kā arī vienas reizes limitu, tajā skaitā: - ārstnieciskā masāža, - manuālā terapija, - ūdens procedūras, - ārstnieciskā vingrošana individuāli vai grupās; - fizikālās terapijas procedūras;
2.3.9.	neatliekamā medicīniskā palīdzība: - valsts neatliekamā medicīniskā palīdzība jebkurā ar medicīniskās palīdzības sniegšanu saistītā izsaukumā; - privāta neatliekamā medicīniskā palīdzība Rīgā un Rīgas rajonā.	neatliekamā medicīniskā palīdzība: - valsts neatliekamā medicīniskā palīdzība jebkurā ar medicīniskās palīdzības sniegšanu saistītā izsaukumā; - privāta neatliekamā medicīniskā palīdzība Rīgā un Rīgas rajonā.
2.4.	Stacionārās veselības aprūpes maksas pakalpojumi (gan diennakts, gan dienas stacionārā) 100% apmērā gan līguma, gan nelīguma iestādēs, ne mazāk kā EUR 450.00 par vienu stacionēšanās gadījumu, bez stacionēšanās gadījumu skaita ierobežojuma, t.sk.:	Stacionāros veselības aprūpes maksas pakalpojumi (gan diennakts, gan dienas stacionārā) 100% apmērā gan līguma, gan nelīguma iestādēs, EUR 600.00 par vienu stacionēšanās gadījumu, bez stacionēšanās gadījumu skaita ierobežojuma, t.sk.:
2.4.1.	maksa par katru diennakts vai dienas stacionārā pavadīto dienu;	maksa par katru diennakts vai dienas stacionārā pavadīto dienu;
2.4.2.	ārstēšanās paaugstināta servisa apstākļos, ja tādas nodrošina ārstniecības iestāde;	ārstēšanās paaugstināta servisa apstākļos, ja tādas nodrošina ārstniecības iestāde;
2.4.3.	Ārstu – speciālistu t.sk. profesoru un docentu konsultācijas, kā arī ārsta nozīmētas ārstnieciskās manipulācijas un procedūras maksas stacionārā.	Ārstu – speciālistu t.sk. profesoru un docentu konsultācijas, kā arī ārsta nozīmētas ārstnieciskās manipulācijas un procedūras maksas stacionārā.
2.4.4.	visa veida diagnostiskie, laboratoriskie un instrumentālie izmeklējumi;	visa veida diagnostiskie, laboratoriskie un instrumentālie izmeklējumi;
2.4.5.	Stacionārā izmantotie medikamenti.	Stacionārā izmantotie medikamenti.
2.4.6.	maksas ķirurģiskās operācijas bez skaita ierobežojuma, kā arī neierobežojot apmaksājamo operāciju klāstu tikai ar Pretendenta nosauktajām apmaksājamām operācijām.	maksas ķirurģiskās operācijas bez skaita ierobežojuma, kā arī neierobežojot apmaksājamo operāciju klāstu tikai ar Pretendenta nosauktajām apmaksājamām operācijām.
3.	Darbinieku radnieku apdrošināšanas nosacījumi, kuri iegādājas veselības apdrošināšanas pakalpojumu par personīgajiem līdzekļiem	Darbinieku radnieku apdrošināšanas nosacījumi, kuri iegādājas veselības apdrošināšanas pakalpojumu par personīgajiem līdzekļiem
3.1.	Pretendentam jāparedz piedāvājumā minētos apdrošināšanas nosacījumus (atbilstoši šīs tehniskās specifikācijas 1.3 līdz 1.11. punktu, 1.15. punkta un 2.punkta prasībām) attiecināt arī uz Pasūtītāja apdrošināto darbinieku radniekiem – laulātajiem, bērniem un vecākiem – bez vecuma un skaita ierobežojuma.	Pretendents paredz piedāvājumā minētos apdrošināšanas nosacījumus (atbilstoši šīs tehniskās specifikācijas 1.3 līdz 1.11. punktu, 1.15. punkta un 2.punkta prasībām) attiecināt arī uz Pasūtītāja apdrošināto darbinieku radniekiem – laulātajiem, bērniem un vecākiem – bez vecuma un skaita ierobežojuma.
3.2.	Darbinieku radnieku apdrošināšanā var tikt piemērots prēmijas sadārdzinājuma koeficients, bet ne vairāk kā 1,35.	Darbinieku radnieku apdrošināšanā tiek piemērots prēmijas sadārdzinājuma koeficients, - 1,30 .
3.3.	Darbinieku radnieku apdrošināšana tiek veikta 1 (viena) mēneša laikā no līguma noslēgšanas un darbojas līdz kopējā apdrošināšanas līguma termiņa beigām. Gadījumā, ja apdrošināšanas iegāde tiek veikta uz nepilnu apdrošināšanas periodu, t.i. uz 11 (vienpadsmit) mēnešiem, Pretendents ir tiesīgs ieturēt apdrošināšanas prēmiju par pilnu apdrošināšanas periodu.	Darbinieku radnieku apdrošināšana tiek veikta 1 (viena) mēneša laikā no līguma noslēgšanas un darbojas līdz kopējā apdrošināšanas līguma termiņa beigām. Gadījumā, ja apdrošināšanas iegāde tiek veikta uz nepilnu apdrošināšanas periodu, t.i. uz 11 (vienpadsmit) mēnešiem Pretendents ir tiesīgs ieturēt apdrošināšanas prēmiju par pilnu apdrošināšanas periodu.

	Apdrošināšanas prēmija par darbinieku radnieku apdrošināšanu tiek iemaksāta Pretendentam no apdrošināto personu personīgajiem līdzekļiem.	Apdrošināšanas prēmija par darbinieku radnieku apdrošināšanu tiek iemaksāta Pretendentam no apdrošināto personu personīgajiem līdzekļiem.
Papildus programmu iegāde par darbinieku un darbinieku radnieku personīgajiem līdzekļiem		
4.1.	Pretendentam pēc Pasūtītāja darbinieku brīvprātīgas izvēles, bez minimālā vai maksimālā skaita ierobežojuma, ir jānodrošina papildu programmu iegāde, piemaksājot starpību no personīgiem līdzekļiem.	Tiek akceptēts
4.2.	Pretendentam papildu programmu iegāde uz līdzvērtīgiem noteikumiem (t.sk. arī apdrošināšanas prēmija) ir jānodrošina arī darbinieku radniekiem gadījumā, ja arī darbinieks, kura radnieks vēlas iegādāties konkrēto papildu programmu, to ir iegādājies.	
4.3.	Programmu papildināšana un pārformēšana tiek veikta 1 (vienu) mēneša laikā no līguma noslēgšanas un darbojas līdz kopējā apdrošināšanas līguma termiņa beigām. Gadījumā, ja apdrošināšanas papildu programmas iegāde tiek veikta uz nepilnu apdrošināšanas periodu, t.i. uz 11 (vienpadsmit) mēnešiem, Pretendents ir tiesīgs ieturēt apdrošināšanas prēmiju par pilnu apdrošināšanas periodu.	
4.4.	Apdrošināšanas prēmija par programmu papildināšanu un pārformēšanu tiek iemaksāta Pretendentam no apdrošināto personu personīgajiem līdzekļiem.	
4.5. Papildus programma – Zobārstniecības un mutes dobuma higiēnas pakalpojumi:		
4.5.1.	zobārstniecības pakalpojumu apmaksā ar 50% atlaidi un kopējo apdrošinājuma summu/atlīdzību limitu ne mazāk kā EUR 150.00 un EUR 300.00 apdrošināšanas periodā;	zobārstniecības pakalpojumu apmaksā ar 50% atlaidi un kopējo apdrošinājuma summu/atlīdzību limitu EUR 150.00 un EUR 300.00 apdrošināšanas periodā;
4.5.2.	programmas segumā iekļautie pakalpojumi – neatliekamā medicīniskā palīdzība akūtu zobu sāpju gadījumā, mutes dobuma higiēnas pasākumi, ārsta – speciālista konsultācijas, terapeitiskie un ambulatori ķirurģiskie zobārstniecības pakalpojumi, lokālā anestēzija, RTG diagnostika;	programmas segumā iekļautie pakalpojumi – neatliekamā medicīniskā palīdzība akūtu zobu sāpju gadījumā, mutes dobuma higiēnas pasākumi, ārsta – speciālista konsultācijas, terapeitiskie un ambulatori ķirurģiskie zobārstniecības pakalpojumi, lokālā anestēzija, RTG diagnostika;
4.5.3.	saņemtie zobārstniecības pakalpojumi tiek apmaksāti gan Pretendenta līguma iestādēs, gan nelīguma iestādēs. Pakalpojumiem ir jābūt pieejamiem pilnā apmērā (saskaņā ar norādīto atlaidi un apdrošināšanas perioda limitu, bez papildus cenrāžu piemērošanas).	saņemtie zobārstniecības pakalpojumi tiek apmaksāti gan Pretendenta līguma iestādēs, gan nelīguma iestādēs. Pakalpojumiem būs pieejami pilnā apmērā (saskaņā ar norādīto atlaidi un apdrošināšanas perioda limitu, bez papildus cenrāžu piemērošanas).
4.6. Papildus programma – Medikamentu iegāde:		
4.6.1.	medikamentu apmaksā ne mazāk kā ar 50% atlaidi un kopējo apdrošinājuma summu/ atlīdzību limitu ne mazāk kā EUR 150.00 apdrošināšanas periodā;	medikamentu apmaksā ar 50% atlaidi un kopējo apdrošinājuma summu/ atlīdzību limitu ne mazāk kā EUR 150.00 apdrošināšanas periodā;
4.6.2.	tiek apmaksāti ārstējošā ārsta vai ģimenes ārsta izrakstīti medikamenti, kas reģistrēti Latvijas Republikas Zāļu reģistrā;	tiek apmaksāti ārstējošā ārsta vai ģimenes ārsta izrakstīti medikamenti, kas reģistrēti Latvijas Republikas Zāļu reģistrā;
4.6.3.	tiek apmaksāti iegādātie medikamenti gan apdrošinātāja līguma iestādēs, gan nelīguma iestādēs;	tiek apmaksāti iegādātie medikamenti gan apdrošinātāja līguma iestādēs, gan nelīguma iestādēs;
4.6.4.	Iegādātie medikamenti tiek apmaksāti pilnā apmērā, saskaņā ar norādīto atlaidi un apdrošināšanas perioda limitu, t.i., nepiemērojot apakšlimitus viena medikamenta apmaksai.	Iegādātie medikamenti tiek apmaksāti pilnā apmērā, saskaņā ar norādīto atlaidi un apdrošināšanas perioda limitu, t.i., nepiemērojot apakšlimitus viena medikamenta apmaksai.
4.7. Papildus programma – Jebkuru medikamentu iegāde:		
4.7.1.	jebkuru LR zāļu reģistrā reģistrētu medikamentu apmaksā ne mazāk kā ar 50% atlaidi un kopējo apdrošinājuma summu/ atlīdzību limitu ne mazāk kā EUR 150.00 apdrošināšanas periodā;	jebkuru LR zāļu reģistrā reģistrētu medikamentu apmaksā ar 50% atlaidi un kopējo apdrošinājuma summu/ atlīdzību limitu EUR 150.00 apdrošināšanas periodā;
4.7.2.	Tiek apmaksāti jebkuri LR Zāļu reģistrā reģistrētie medikamenti (t.sk. homeopātiskie līdzekļi) akūtu un hronisku slimību ārstēšanai, ko receptē izrakstījis ārstējošais ārsts;	Tiek apmaksāti jebkuri LR Zāļu reģistrā reģistrētie medikamenti (t.sk. homeopātiskie līdzekļi) akūtu un hronisku slimību ārstēšanai, ko receptē izrakstījis ārstējošais ārsts;
4.7.3.	tiek apmaksāti iegādātie medikamenti gan apdrošinātāja līguma iestādēs, gan nelīguma iestādēs;	tiek apmaksāti iegādātie medikamenti gan apdrošinātāja līguma iestādēs, gan nelīguma iestādēs;

4.	Iegādātie medikamenti tiek apmaksāti pilnā apmērā, saskaņā ar norādīto atlaidi un apdrošināšanas perioda limitu, t.i., nepiemērojot apakšlimitus viena medikamenta apmaksai.	Iegādātie medikamenti tiek apmaksāti pilnā apmērā, saskaņā ar norādīto atlaidi un apdrošināšanas perioda limitu, t.i., nepiemērojot apakšlimitus viena medikamenta apmaksai.
4.8.	Papildus programma – veselības veicināšana (Sporta nodarbības):	
4.8.1.	sporta nodarbību apmaksā 4 (četras) reizes mēnesī ar kopējo minimālo atlīdzību limitu ne mazāk kā EUR 240.00 apdrošināšanas periodā un mazāk kā EUR 5.00 par vienu apmeklējuma reizi;	sporta nodarbību apmaksā 4 (četras) reizes mēnesī ar kopējo minimālo atlīdzību limitu EUR 240.00 apdrošināšanas periodā un EUR 5.00 par vienu apmeklējuma reizi;
4.8.2.	programmas segumā iekļautie pakalpojumi – dažādu veidu vingrošana, nodarbības trenāžieru zālē, peldbaseinā, u.c. sporta nodarbību pakalpojumi saskaņā ar Pretendenta piedāvājumu;	programmas segumā iekļautie pakalpojumi – dažādu veidu vingrošana, nodarbības trenāžieru zālē, peldbaseinā, u.c. sporta nodarbību pakalpojumi saskaņā ar Pretendenta piedāvājumu;
4.8.3.	Pretendents apmaksā apdrošināto iegādātos sporta abonementus.	Pretendents apmaksā apdrošināto iegādātos sporta abonementus.
4.8.4.	sporta nodarbības tiek apmaksātas gan pretendenta līguma iestādēs, gan nelīguma iestādēs.	sporta nodarbības tiek apmaksātas gan pretendenta līguma iestādēs, gan nelīguma iestādēs.
5.	Sagatavojot tehnisko piedāvājumu veselības apdrošināšanai, saskaņā ar šo tehnisko specifikāciju, Pretendentam jānorāda un jāpievieno:	
5.1.	Veselības apdrošināšanas līguma / apdrošināšanas polises un Karšu funkcionalitātes nosacījumi, atbilstoši tehniskās specifikācijas I punktā noteiktajam.	Pievienots piedāvājumā
5.2.	Detalizēts piedāvāto veselības apdrošināšanas programmas un papildus programmu apraksts, t.sk., norādot papildinājumus, ierobežojumus, u.c. Pretendenta nosacījumus, kas nedrīkst būt pretrunā ar šajā tehniskajā specifikācijā norādītajām obligātajām prasībām vai tās jebkādā mērā ierobežot;	Pievienots piedāvājumā
5.3.	Neapmaksājamo pakalpojumu (izņēmumu) saraksts;	Pievienots piedāvājumā
5.4.	Apdrošināšanas segumā iekļauto veselības aprūpes pakalpojumu saraksts, par kuriem apdrošinātajiem sākotnēji ir jānorēķinās skaidrā naudā.	Pievienots piedāvājumā
5.5.	Apdrošināšanas segumā iekļauto veselības aprūpes pakalpojumu saraksts, kuru saņemšana apdrošinātajiem līguma iestādēs uzrādot Karti un neveicot sākotnēju pakalpojuma apmaksu no personīgajiem līdzekļiem ir iespējama tikai gadījumā, ja ir veikts iepriekšējs saskaņojums ar Pretendentu. <i>Pasūtītājs norāda, ka Pretendents nevar pieprasīt kā obligātu iepriekšēju saskaņošanu/ brīdināšanu par apdrošināšanas segumā iekļautajiem veselības aprūpes pakalpojumiem kā saņemto pakalpojumu apmaksas nosacījumu. Apdrošināšanas segumā iekļauto pakalpojumu iepriekšēja nesaskaņošana nedrīkst būt atlīdzības atteikuma iemesls.</i> <i>Pasūtītājs arī norāda, ka gadījumā, ja apdrošināšanas segumā ir iekļauts kāds pakalpojums, kura saņemšana līguma iestādē uzrādot Karti un neveicot sākotnēju apmaksu no personīgajiem līdzekļiem ir iespējama tikai veicot iepriekšēju saskaņojumu ar Pretendentu, tad Pretendentam ir jānodrošina, ka saskaņošanu apdrošinātie visos gadījumos var veikt paši, bez Pasūtītāja starpniecības.</i>	Pievienots piedāvājumā
5.6.	Informācija par apdrošināšanas atlīdzības saņemšanas kārtību un noteikumiem, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, tai skaitā informācija par Pretendenta pārstāvniecībās skaidrā naudā saņemamo summu par nelīguma organizācijās saņemtajiem pakalpojumiem un termiņiem dokumentu iesniegšanai apdrošinātajam atlīdzības saņemšanai.	Pievienots piedāvājumā

7.	Informācija par izmaiņu veikšanas kārtību Apdrošināto sarakstā Polišu darbības termiņa laikā, ievērojot tehniskajā specifikācijā noteiktās prasības.	Pievienots piedāvājumā
5.8.	Cenrādis, kas tiek piemērots par nelīguma iestādēs un/ vai līguma iestādēs saņemtajiem pakalpojumiem.	Pievienots piedāvājumā
5.9.	Ambulatoro un stacionāro līguma iestāžu saraksts visā Latvijas Republikas teritorijā, <u>atsevišķi norādot kopējo ambulatoro un stacionāro līguma iestāžu skaitu Rīgā.</u> <i>Pasūtītājs norāda, ka par ambulatorajām un stacionārajām līguma iestādēm šī iepirkuma ietvaros netiek uzskatītas ārstniecības iestādes, kurās ar Pretendenta piedāvāto apdrošināšanas programmu, atbilstoši tehniskās specifikācijas 2 punkta prasībām, uzrādot Karti, iespējams norēķināties tikai par pacientu iemaksas pakalpojumiem no iestādes kopējā piedāvātā pakalpojumu klāsta, kā arī citas ārstniecības iestādes (tajā skaitā arī optikas iestādes), kurās, uzrādot Karti, bezskaidras naudas norēķinu veidā tiek nodrošināti tikai atsevišķi, specializēti maksas ambulatorie pakalpojumi no iestādes kopējā piedāvāto pakalpojumu klāsta.</i>	Pievienots piedāvājumā
5.10.	Pretendenta veselības apdrošināšanas noteikumi.	Pievienots piedāvājumā
5.11.	Pretendenta apliecinājums, ka pretrunu gadījumā starp Pasūtītāja tehniskās specifikācijas prasībām, Pretendenta iesniegto tehnisko piedāvājumu un Pretendenta veselības apdrošināšanas noteikumiem, noteicošās ir tehniskās specifikācijas prasības un tām atbilstošs tehniskais piedāvājums. Pretendenta veselības un nelaimes gadījumu apdrošināšanas noteikumi ir spēkā tiktāl, cik tie nav pretrunā ar tehniskās specifikācijas prasībām.	Pievienots piedāvājumā
5.12.	Pretendenta pārstāvniecību un filiāļu saraksts, norādot, kurās pārstāvniecības un/ vai filiālēs Apdrošinātie var iesniegt Atlīdzības pieteikumus un saņemt atlīdzības izmaksu skaidrā naudā.	Pievienots piedāvājumā

Apdrošinājumaņēmējs:

Elektronikas un datorzinātņu institūts,
direktore


/Ieva Tentere/



Apdrošinātājs:

AAS "BTA Baltic Insurance Company",
valdes locekle


/Evija Matveja/



Šajā dokumentā sanumurētas un
cauršūtas 14 (ceturpadsmit) lapas

AAS "BTA Baltic Insurance Company"

Valdes locekle Evija Matveja

Rīgā, 2017. gada 19. aprīlī

