

Veselības apdrošināšanas līgums Nr. 02-04/ 298
(Apdrošinātāja līguma Nr. GJ201009)

Rīgā

2014. gada . septembrī

Valsts akciju sabiedrība „Tiesu namu aģentūra”, reģistrācijas numurs 40003334410, juridiskā adrese Baldones iela 1B, Rīga, LV-1007, turpmāk tekstā - Pasūtītājs, tās valdes locekles Santas Sausiņas personā, kura rīkojas saskaņā ar sabiedrības statūtiem, no vienas puses,

Apdrošināšanas akciju sabiedrība „BALTIKUMS”, reģistrācijas numurs 40003387032, juridiskā adrese Ūdens iela 12-115, Rīga, LV-1007, turpmāk tekstā - Apdrošinātājs, tās valdes priekšsēdētāja Eduarda Reinicāna un valdes locekles Reginas Lubganes personās, kuri rīkojas vārdā saskaņā ar sabiedrības statūtiem, no otras puses,

Pasūtītājs un Apdrošinātājs kopā/atsevišķi turpmāk tekstā – Līdzēji/Līdzējs, pamatojoties uz Apdrošinājuma ņēmēja iepirkuma „VAS „Tiesu namu aģentūra” darbinieku veselības apdrošināšana”, identifikācijas numurs TNA2014/24, turpmāk tekstā – Iepirkums, rezultātiem, noslēdz šo līgumu, turpmāk tekstā – Līgums.

1. LĪGUMA PRIEKŠMETS UN TERMIŅŠ

- 1.1. Apdrošinātājs nodrošina Iepirkuma nolikumam un Apdrošinātāja Iepirkumam iesniegtajam piedāvājumam, turpmāk tekstā – Piedāvājums, atbilstošu Pasūtītāja darbinieku veselības apdrošināšanas pakalpojumu sniegšanu.
- 1.2. Līgums stājas spēkā ar brīdi, kad to parakstījis pēdējais no Līdzējiem, un ir spēkā 12 (divpadsmit) mēnešus.
- 1.3. Piecu dienu laikā pēc Līguma spēkā stāšanās Apdrošinātājs noformē un izsniedz Pasūtītājam Veselības apdrošināšanas polisi, turpmāk tekstā – Polise.
- 1.4. Polise stājas spēkā 2014. gada 1. septembrī un darbojas līdz 2015. gada 31. augustam.

2. LĪGUMA ADMINISTRĒŠANA

- 2.1. Apdrošinātājs piegādā Polisi un individuālās veselības apdrošināšanas kartes un tām pievienoto dokumentu komplektu saskaņā ar Līguma 4.4.1. punkta noteikumiem, turpmāk tekstā – Kartes, Pasūtītājam 5 (piecu) darba dienu laikā no Līguma spēkā stāšanās dienas. Polises un Karšu piegādes vieta ir Baldones iela 1B, Rīga (Pasūtītāja kontaktpersonai, kura norādīta Līguma 8.2.1. punktā).
- 2.2. Iesniedzot Apdrošinātājam apdrošināmo personu sarakstu, Pasūtītājs par katru apdrošināmo personu norāda sekojošu informāciju: vārdu, uzvārdu un personas kodu. Sagatavotajā sarakstā Pasūtītājs norāda nosūtīšanas datumu, laiku, saraksta sagatavotāja vārdu, uzvārdu, ieņemamo amatu un tālruna numuru.
- 2.3. Pēc izmaiņu veikšanas apdrošināto darbinieku sarakstā, Apdrošinātājs Polises izmaiņu dokumentus un Kartes piegādā Pasūtītājam 5 (piecu) darba dienu laikā no attiecīga Pasūtītāja pieprasījuma saņemšanas dienas.

3. APDROŠINĀŠANAS PRĒMIJA

- 3.1. Viena gada apdrošināšanas prēmija vienam Pasūtītāja darbiniekam, kurš apdrošināts saskaņā ar veselības apdrošināšanas programmu Pamatprogramma un papildprogramma „Zobārstniecības pakalpojumi” ir 289,00 EUR (divi simti astoņdesmit deviņi *euro* un 00 centi).
- 3.2. Polises apdrošināšanas prēmijas kopējā summa par vienu gadu, kas ir Līguma kopējā summa ir 28 322,00 EUR (divdesmit astoņi tūkstoši trīs simti divdesmit divi *euro* un 00 centi).
- 3.3. Pasūtītājs veic Pasūtītāja darbinieku veselības apdrošināšanas prēmijas apmaksu 15 (piecpadsmit) darba dienu laikā pēc Polises parakstīšanas un rēķina saņemšanas no Apdrošinātāja.
- 3.4. Pēc Pasūtītāja rakstiska pieteikuma tiks apdrošināti jaunie darbinieki, ar kuriem tiks uzsāktas darba tiesiskās attiecības. Iekļaujot jaunus darbiniekus apdrošināto personu sarakstā, tie tiks apdrošināti uz tādiem pašiem nosacījumiem, kādi ir paredzēti Polise, noteikumos un Līgumā, un apdrošināšana būs spēkā līdz Polises termiņa beigām. Apdrošināšanas kartes, rēķini un pielikumi par jaunajiem apdrošinātajiem darbiniekiem, kuri pievienoti apdrošināto personu sarakstam, tiks izsniegti iespējami īsā laikā – 5 (piecas) darba dienas. Apdrošināšanas prēmija

tiks aprēķināta proporcionāli, līdz Polises termiņa beigām par atlikušo pilno mēnešu skaitu (bez papildus piemaksas), ar nosacījumu, ka prēmijas apmērs nav mazāks par proporcionāli aprēķināto prēmijas daļu par 3 (trīs) mēnešiem

- 3.5. Gadījumā, ja ar Pasūtītāja apdrošināto darbinieku tiks izbeigtas darba tiesiskās attiecības, Pasūtītājs pēc saviem ieskatiem par to rakstiski paziņo Apdrošinātājam, lai Apdrošinātājs izdarītu grozījumus Polisē. Pasūtītājs vienlaikus nodod Apdrošinātājam no apdrošināto personu saraksta izslēgto darbinieku veselības apdrošināšanas kartes. Gadījumā, ja Pasūtītājs par izslēdzamo no apdrošināto personu saraksta darbinieku ir samaksājis vairāk nekā bija noteikts apdrošināšanas prēmiju iemaksas grafikā, tad Apdrošinātājs aprēķina atmaksājamās apdrošināšanas prēmijas daļu par neizmantoto Polises) darbības laiku, proporcionāli par atlikušajiem pilniem kalendārajiem mēnešiem. Aprēķinot atmaksājamo prēmiju par izslēdzamo darbinieku, netiek ņemtas vērā izmaksātās atlīdzības. Atmaksājamās prēmijas aprēķins tiks veikts ne vēlāk kā 30 (trīsdesmit) kalendāro dienu laikā, skaitot no dienas, kad apdrošināšanas karte tika nodota Apdrošinātājam.
- 3.6. Pēc Pasūtītāja ieskatiem atmaksai aprēķināto naudas summu par neizmantoto Polises darbības laiku, Apdrošinātājs vai pārskaita uz Pasūtītāja norādīto bankas kontu, vai arī patur kā avansu turpmākās apdrošināšanas prēmijas iemaksai.
- 3.7. Veicot izmaiņas apdrošināto personu sarakstā, parakstītā vai anulētā apdrošināšanas prēmija tiek aprēķināta par pilniem kalendāriem mēnešiem, ņemot vērā sekojošu algoritmu:
 - kopējā apdrošināšanas prēmija tiek dalīta ar 12;
 - iegūtais skaitlis noapaļots līdz veseliem centiem;
 - iegūtais skaitlis tiek reizināts ar nepieciešamo pilno kalendāro mēnešu skaitu.
- 3.8. Pasūtītāja darbiniekiem 30 (trīsdesmit) dienu laikā no Līguma noslēgšanas brīža ir tiesības pieteikt savus ģimenes locekļus (laulātais, nepilngadīgie bērni, vecāki) veselības apdrošināšanas polišu saņemšanai uz tādām apdrošināšanas programmām, uz kādām ir apdrošināts pats darbinieks, piemērojot prēmijas paaugstinājuma koeficientu 1.3. Informācija par apdrošināmiem darbinieku ģimenes locekļiem iesniedzama atsevišķi noformētā sarakstā, norādot radniecības pakāpi, personas kodu, dzīvesvietas adresi un tālruņa numuru, un to iesniedz Pasūtītāja pilnvarota persona.
- 3.9. Apdrošinātā persona, kas apdrošina kādu no saviem ģimenes locekļiem, vienreizēji iemaksā apdrošināšanas prēmiju no saviem personīgajiem naudas līdzekļiem. Vēlāk izmaiņas apdrošināto darbinieku ģimenes locekļu sarakstā netiek veiktas.

4. APDROŠINĀTĀJA UN PASŪTĪTĀJA TIESĪBAS UN PIENĀKUMI

4.1. Pasūtītāja pienākumi:

- 4.1.1. pirms Polises noslēgšanas, iesniegt Apdrošinātājam elektroniski, nosūtot uz e-pasta adresi: dace.sturaine@baltikums.lv, apdrošināmo Pasūtītāja darbinieku sarakstu Līgumā atrunātajā veidā;
 - 4.1.2. rakstiski un papildus elektroniski (e-pasta adrese: irina.guseva@baltikums.lv) informēt Apdrošinātāju par nepieciešamajām izmaiņām apdrošināto personu sarakstā un atgriezt Apdrošinātājam visas anulēt nepieciešamās Kartes, ja darbinieki tiek izslēgti no Polises;
 - 4.1.3. apmaksāt Apdrošinātāja izrakstītos rēķinus Līgumā un Polisē paredzētajā kārtībā un termiņos;
 - 4.1.4. apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai, ja Pasūtītāja darbinieks veicis Polisē ietverto medicīnisko pakalpojumu apmaksu no saviem līdzekļiem, Pasūtītāja darbinieks tiklīdz tas kļuvis iespējams, iesniedz Apdrošinātājam kases čeku un/vai stingrās uzskaites kvīti, kura satur visu nepieciešamo informāciju, un aizpilda Apdrošinātāja iesnieguma formu;
 - 4.1.5. ievērot visus citus Līguma un Polises noteikumus.
- 4.2. Pasūtītājam ir tiesības pieprasīt informāciju no Apdrošinātāja, kura nepieciešama veselības apdrošināšanas pakalpojuma saņemšanai.
 - 4.3. Pasūtītāja darbiniekam ir tiesības saņemt apdrošināšanas atlīdzību ne ilgāk kā 4 (četrus) darba dienu laikā pēc visu nepieciešamo dokumentu nosūtīšanas skenētā veidā Apdrošinātājam uz e-pasta adresi: atlidziba.veseliba@baltikums.lv vai 14 (četrpadsmit) kalendāro dienu laikā pēc nepieciešamo dokumentu iesniegšanas, ja ārstniecības pakalpojumi saņemti ārpus Apdrošinātāja līgumiestādēm, iesniedzot (nosūtot) visus nepieciešamos dokumentus Apdrošinātāja centrālajā birojā Ūdens ielā 12-115, Rīgā, LV-1007.

4.4. Apdrošinātāja pienākumi:

- 4.4.1. sagatavot un izsniegt Pasūtītājam sekojošu dokumentu komplektu, kas paredzēta katram Pasūtītāja darbiniekam un ietver: karti, veselības apdrošināšanas programmu, veselības apdrošināšanas noteikumus, čeku iesniegšanas un apmaksas kārtību, līgumorganizāciju sarakstu vai informāciju par interneta vietni, kurā šāda informācija saņemama, tiek uzturēta un aktualizēta, citu informāciju, kuru Apdrošinātājs uzskata par nepieciešamu sniegt;
 - 5.4.2. pēc Pasūtītāja pieprasījuma iesniegt citu informāciju, kura nepieciešama veselības apdrošināšanas pakalpojuma saņemšanai;
 - 5.4.4. par Pasūtītāja iesniegto personu datu aizsardzību Apdrošinātājam ir pienākums atbildēt Latvijas Republikā spēkā esošajos normatīvajos aktos noteiktā kārtībā un apmērā;
 - 4.4.2. samaksāt apdrošināšanas atlīdzību Latvijas Republikā spēkā esošajos normatīvajos aktos, Līgumā, Polisē, apdrošināšanas noteikumos, programmās un papildprogrammās minētajos gadījumos, apmērā, kārtībā un termiņā;
 - 4.4.3. neatkarīgi no tā, vai tiek veikta viena darbinieka vai darbinieku grupas izslēgšana vai iekļaušana apdrošināšanas polisē, Apdrošinātāja pienākums ir nodrošināt vienādus nosacījumus, kā gadījumā ar vienu darbinieku, tā arī gadījumā ar darbinieku grupu;
 - 4.4.4. nodrošināt apdrošināšanas atlīdzības saņemšanu ne ilgāk kā 4 (četrus) dienu laikā pēc nepieciešamo dokumentu saņemšanas elektroniskā veidā uz e-pasta adresi: atlidziba.veseliba@baltikums.lv vai 14 (četrpadsmit) kalendāro dienu laikā, iesniedzot (nosūtot) visus nepieciešamos dokumentus Apdrošinātāja centrālajā birojā Ūdens ielā 12-115, Rīgā, LV-1007. Atlīdzību Apdrošinātājs izmaksā veicot pārskaitījumu uz apdrošinātā Pasūtītāja darbinieka norādīto norēķinu kontu vai veicot izmaksu skaidrā naudā līdz 150,00 EUR (viens simts piecdesmit *euro* un 00 centi) Apdrošinātāja centrālajā birojā Ūdens ielā 12;
 - 4.4.5. nodrošināt medicīnisko pakalpojumu izmantošanu saskaņā ar Piedāvājumu bez papildus apdrošinājuma summu, apakšlimitu vai cita veida ierobežojumiem visa Līguma darbības laikā, tai skaitā gadījumos, kad Līgumam tā darbības laikā tiek pievienoti papildus darbinieki;
 - 4.4.6. nodrošināt bezmaksas nepieciešamo dokumentu kopiju, kā arī izziņu izsniegšanu, tai skaitā iesniegšanai Valsts ieņēmumu dienestā;
 - 4.4.7. nodrošināt medicīnisko pakalpojumu izmantošanu bez termiņu ierobežojumiem (nogaidīšanas periods, nosūtījuma derīguma termiņš un citi);
 - 4.4.8. pēc Pasūtītāja rakstiska pieprasījuma Apdrošinātājs apņemas ne vēlāk kā 30 (trīsdesmit) dienu laikā pēc Pasūtītāja pieprasījuma saņemšanas piedāvāt iespēju noslēgt sadarbības līgumu Pasūtītāja pieprasījumā norādītām ārstniecības iestādī/ēm, kura/as nav iekļauta/as Apdrošinātāja līgumorganizāciju sarakstā;
 - 4.4.9. nodrošināt veselības apdrošināšanu Pasūtītāja darbiniekiem bez apdrošināmo personu vecuma ierobežojuma un papildus dokumentācijas pieprasījuma veicot izmaiņas;
 - 4.4.10. saņemot Pasūtītāja pieprasījumu par izmaiņu veikšanu, Apdrošinātājam ir pienākums 5 (piecu) darba dienu laikā no Pasūtītāja pieprasījumu saņemšanas veikt atbilstošus grozījumus apdrošināto personu sarakstā. Par veiktajām izmaiņām Apdrošinātājs izdara atbilstošus grozījumus Polisē, sagatavojot izmaiņu dokumentus (vienošanās protokolu un/vai polises pielikumu) un kopā ar rēķinu un jaunajām Kartēm iesniedz Pasūtītājam;
 - 4.4.11. nodrošināt, ka Polise attiecībā uz apdrošināto personu saraksta grozījumu daļu stājas spēkā ne vēlāk kā 5 (piecu) darba dienu laikā, skaitot no dienas, kad Apdrošinātājs ir saņēmis Pasūtītāja pieprasījumu par nepieciešamo izmaiņu veikšanu;
 - 4.4.12. bez maksas pēc apdrošināto Pasūtītāja darbinieku vai to radnieku rakstiska pieprasījuma informēt par izmantotajiem un atlikušajiem apdrošināšanas limitiem, kā arī informēt apdrošinātos Pasūtītāja darbiniekus vai to radniekus par apdrošināšanas limitu pārtēriņu;
 - 4.4.13. Līguma un polises darbības laikā nekādā veidā nepasliktināt Pasūtītāja darbiniekiem vai to radniekiem iegādātā apdrošināšanas seguma nosacījumus;
 - 4.4.14. nodrošināt, ka Pasūtītāja darbiniekiem, kuri pārtraukuši darba attiecības ar Pasūtītāju, bet, vienojoties ar Pasūtītāju, ir saglabājuši savu veselības apdrošināšanas polisi, tiek saglabāti identiski nosacījumi veselības apdrošināšanas pakalpojumu saņemšanai, par to atsevišķi informējot Apdrošinātāju;
 - 4.4.15. ievērot visus citus Līguma un Polises noteikumus.
- 4.5. Pasūtītājs un Apdrošinātājs vienojas, ka Apdrošinātāja Veselības apdrošināšanas noteikumu Nr. JP 06/12 8.1.1. apakšpunkts nav attiecināms uz izņēmumu gadījumiem, proti, Apdrošinātājs izmaksā apdrošināšanas atlīdzību arī šajā apakšpunktā minētajā gadījumā.

- 4.6. Apdrošinātāja ir tiesības saņemt apmaksu saskaņā ar Pasūtītājam izrakstītajiem rēķiniem Līgumā un Polisē paredzētajā kārtībā un termiņos.

5. LĪGUMA IZBEIGŠANA UN SODA SANKCIJAS

- 5.1. Līgumu var grozīt un papildināt, Līdzējiem vienojoties.
- 5.2. Līdzēji var izbeigt Līgumu jebkurā laikā, par to rakstveidā vienojoties. Šādos gadījumos Līguma pielikumā par Līguma laušanu jānorāda, kurš Līdzējs atbildīgs par zaudējumiem, ja kādam no Līdzējiem tādi radušies Līguma laušanas rezultātā.
- 5.3. No Apdrošināšanas līguma izrietošo attiecību regulēšanai tiek piemēroti Latvijas Republikas normatīvie akti - likums "Par apdrošināšanas līgumu", Latvijas Republikas Civillikums un citi Latvijas Republikas normatīvie akti.
- 5.4. Apdrošinājuma ņēmēja vai Apdrošinātās personas sūdzības vai pretenzijas, kas iesniegtas rakstiski, Apdrošinātājs izskata un sniedz rakstisku atbildi 30 (trīsdesmit) kalendāro dienu laikā no sūdzības vai pretenzijas saņemšanas dienas.
- 5.5. Visi strīdi Apdrošināšanas līguma sakarā tiek risināti sarunu ceļā. Ja vienošanās netiek panākta, strīds tiek nodots Latvijas Republikas tiesām izšķiršanai Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā
- 5.6. Pasūtītājs ir tiesīgs vienpusēji bez jebkādu zaudējumu atlīdzības pienākuma atkāpties no Līguma, ja Apdrošinātājs nepilda vai daļēji nepilda savas saistības, rakstiski brīdinot par to 60 (sešdesmit) kalendārās dienas iepriekš. Šādos gadījumos Apdrošinātājs maksā Pasūtītājam līgumsodu 5 % apmērā no Līgumā paredzētās gada apdrošināšanas prēmijas kopsummas, kā arī izmaksā Pasūtītājam proporcionāli apdrošināšanas termiņam neizmantotās apdrošināšanas prēmijas daļu, neņemot vērā jebkādas Apdrošinātāja izdevumus un neveicot ieturējumus. Šajā punktā minētais maksājums Apdrošinātājam jāveic ne vēlāk kā 10 (desmit) darba dienu laikā pēc Pasūtītāja pieprasījuma saņemšanas.
- 5.7. Apdrošinātājam nav tiesības vienpusēji lauzt Līgumu, ja Pasūtītājs ir veicis apmaksu Līgumā noteiktajā kārtībā un apjomā.
- 5.8. Ja Pasūtītājs neievēro Līgumā noteikto apmaksas termiņu, Pasūtītājs maksā Apdrošinātājam līgumsodu 0,5 % apmērā no savlaicīgi neapmaksātās summas par katru nokavēto dienu, bet ne vairāk kā 7 % no neapmaksātās summas.
- 5.9. Ja Apdrošinātājs nepilda kādu no Līguma nosacījumiem, Apdrošinātājs maksā līgumsodu 0,5 % apmērā no Līguma kopējās summas par katru gadījumu, bet ne vairāk kā 7 % no Līguma kopējās summas.
- 5.10. Jebkura šajā Līgumā noteiktā līgumsoda samaksa neatbrīvo Līdzējus no to saistību pilnīgas izpildes. Līgumsoda samaksa nav uzskatāma par zaudējumu atlīdzināšanu.

6. NEPĀRVARAMA VARA

- 6.1. Par nepārvaramas varas apstākļiem tiek uzskatīti tādi apstākļi un notikumi kā dabas katastrofas un ūdens plūdi, zemestrīce un citas stihiskās nelaimes, kā arī karš, streiki, nemieri, valsts iekšējie apvērsumi, jauni normatīvi akti vai valsts vai pašvaldību iestāžu lēmumi, kas kavē vai traucē Līguma saistību izpildi, kā arī citi apstākļi, kurus Līdzēji nevarēja paredzēt un novērst, turpmāk tekstā – Nepārvaramas varas apstākļi.
- 6.2. Ja kādam no Līdzējiem tā saistību pilnīga vai daļēja izpildīšana ir kļuvusi neiespējama Nepārvaramas varas apstākļu dēļ, attiecīgo saistību izpildes termiņš tiek apturēts uz laiku, kamēr turpinās šie apstākļi.
- 6.3. Līdzējam, kura saistību izpildi pilnībā vai daļēji ierobežo iestājušies Nepārvaramas varas apstākļi, nekavējoties, bet ne vēlāk kā 3 (trīs) darba dienu laikā rakstiski jāinformē otru Līdzēju par šādu apstākļu iestāšanos vai izbeigšanos.
- 6.4. Par zaudējumiem un kavējumiem, kas radušies Nepārvaramas varas apstākļu dēļ, neviens no Līdzējiem atbildību nenes.

7. DOMSTARPĪBAS

- 7.1. Visas domstarpības, kas Līdzējiem radušās šī Līguma ietvaros un izpratnē, tās apņemas risināt sarunu ceļā.

- 7.2. Ja 30 (trīsdesmit) kalendāra dienu laikā domstarpības nav iespējams atrisināt sarunu ceļā, tās tiks risinātas saskaņā ar spēkā esošajiem Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem, iesniedzot prasības pieteikumu Latvijas Republikas tiesu iestādēs.
- 7.3. Visos jautājumos, kas nav atrunāti šajā Līgumā, Līdzēji pamatojas uz Latvijas Republikas spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem.

8. NOBEIGUMA NOTEIKUMI

- 8.1. Gadījumā, ja rodas pretrunas starp Līgumu, Polisi un/vai apdrošināšanas noteikumiem, noteicošais ir Līgums un iepirkumā iesniegtais Apdrošinātāja tehniskais piedāvājums.
- 8.2. Pasūtītāju Līguma izpildes gaitā pārstāvēs šādas personas:
- 8.2.1. Pasūtītāja kontaktpersona līgumu pārraudzībai un jebkuru citu jautājumu risināšanai: Gundega Vistiņa, tālrunis: 67804752, 29171629, fakss: 67804734, e-pasts: gundega.vistina@tna.lv;
- 8.2.2. Pasūtītāja pieaicināts eksperts, licencēta apdrošināšanas brokeru sabiedrība SIA „R&D apdrošināšanas brokers” (reģ. Nr. 40003947675), kas Pasūtītāju konsultē un veic Līguma pārraudzību. Kontaktpersona: Jolanta Lazdeniece, biroja tālrunis: 67217490, e-pasts: jolanta.lazdeniece@rdbrokers.lv.
- 8.3. Apdrošinātāju Līguma izpildes gaitā pārstāvēs personas:
- 8.3.1. Dace Stūraine, tālrunis: 67807421, e-pasts: dace.sturaine@baltikums.lv;
- 8.3.2. Irina Guseva, tālrunis: 67609234, e-pasts: irina.guseva@baltikums.lv.
- 8.4. Jebkuras izmaiņas Līguma noteikumos stājas spēkā tikai tad, kad tās ir noformētas rakstveidā un tās parakstījuši abi Līdzēji.
- 8.5. Līgums ir sagatavots uz 5 (piecām) lapām ar pielikumiem uz 18 (astoņpadsmit) lapām 2 (divos) eksemplāros, pa vienam eksemplāram katram Līdzējam.
- 8.6. Līgumam tiek pievienoti šādi pielikumi, kas ir tā neatņemamas sastāvdaļas:
- 8.6.1. 1. pielikums – Tehniskā specifikācija uz 2 (divām) lapām;
- 8.6.2. 2. pielikums – Tehniskais piedāvājums uz 4 (četrām) lapām;
- 8.6.3. 3. pielikums – Veselības apdrošināšanas noteikumi uz 5 (piecām) lapām;
- 8.6.4. 4. pielikums – Veselības apdrošināšanas programma uz 1 (vienas) lapas;
- 8.6.5. 5. pielikums – Apdrošināšanas atlīdzības saņemšanas kārtība uz 2 (divām) lapām;
- 8.6.6. 6. pielikums – Neapmaksājamo pakalpojumu saraksts uz 1 (vienas) lapas;
- 8.6.7. 7. pielikums – Maksas pakalpojumu cenrādis pakalpojumiem, kas saņemti ārpus līgumiestādēm uz 1 (vienas) lapas;
- 8.6.8. 8. pielikums - Informācija par apdrošināšanas polises administrēšanas kārtību uz 1 (vienas) lapas;
- 8.6.9. 9. pielikums – Finanšu piedāvājums uz 1 (vienas) lapas;

9. LĪDZĒJU REKVIZĪTI UN PARAKSTI

Apdrošinātājs

AAS „BALTIKUMS”

Reģ. Nr. 40003387032

Ūdens iela 12-115, Rīga, LV-1007

A/S "Baltikums Bank"

Kods CBBRLV22

Konta Nr. LV55CBBR1120001000010

 /E.Reinicāns/
/R. Lubgane/
2014. gada 1. septembris

Pasūtītājs

VAS „Tiesu namu aģentūra”

Reģ.Nr.LV40003334410

Baldones iela 1B, Rīga, LV-1007

AS „SEB banka”

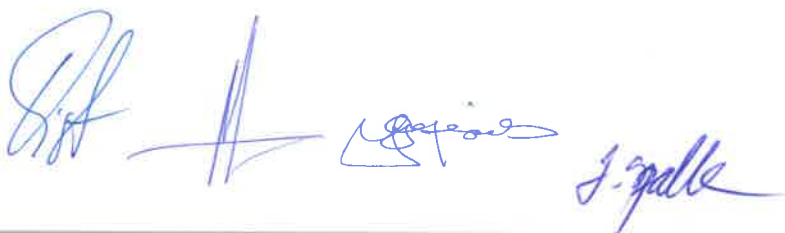
Kods UNLALV2X

Konta Nr.LV64UNLA0002021469371

Tālrunis 67804733, fakss 67804734,

e-pasts: tna@tna.lv

 /S. Sausiņa /
2014. gada 1. septembris



Tehniskā specifikācija

1. Iepirkuma priekšmeta raksturojums:

- 1.1. Paredzamais apdrošināmo darbinieku skaits ir 100 (viens simts) darbinieki (apdrošināmo darbiniekus pēc apdrošināšanas līguma noslēgšanas var mainīties atbilstoši Pasūtītāja strādājošo darbinieku skaitam, darbinieku skaita izmaiņu intervāls +/-15% no šajā punktā minētā darbinieku skaita).
- 1.2. Pasūtītāja darbinieku veselības apdrošināšanas vieta ir visa Latvijas Republikas teritorija un darbinieku veselības apdrošināšana darbojas 24 (divdesmit četras) stundas diennaktī.
- 1.3. Piedāvātās pamatprogrammas un papildprogrammas „Zobārstniecības pakalpojumi” prēmija 1 (vienam) darbiniekam nevar pārsniegt EUR 350.00 (trīs simti piecdesmit *euro* un 00 centi).

2. Minimālās prasības:

- 2.1. Pamatprogrammas un papildprogrammas „Zobārstniecības pakalpojumi” cena 1 (vienam) darbiniekam gadā ir ne vairāk kā EUR 350.00 (trīs simti piecdesmit *euro* un 00 centi), nenosakot ierobežojumus ārstniecības iestāžu izvēlē un izsniedzot veselības apdrošināšanas kartes.
- 2.2. Minimālā apdrošinājuma summa pamatprogrammai gadā 1 (vienam) darbiniekam ir ne mazāka kā EUR 1500.00 (viens tūkstotis pieci simti *euro* un 00 centi).
- 2.3. Normatīvajos tiesību aktos noteiktās pacienta iemaksas apmaksā par ambulatoro un stacionāro ārstniecības palīdzību tiek noteiktas 100% apmērā, tai skaitā līdzmaksājums.
- 2.4. Ambulatoro maksas pakalpojumu apmaksā ar minimālo apdrošinājuma summu (atlīdzības limits apdrošināšanas periodā) EUR 750.00 (septiņi simti piecdesmit *euro* un 00 centi), 100% apmērā visās pretendenta līgumiestādēs (**bez ierobežojumiem un apakšlimitiem**, ja minimālajās prasībās tas nav norādīts), tai skaitā:
 - 2.4.1. ārstniecības personu mājas vizītes;
 - 2.4.2. ārstu speciālistu apmeklējumi (tai skaitā augsti kvalificēti speciālisti, profesori un docenti) bez ģimenes ārsta nosūtījuma un ārstēšanās pie maksas ģimenes ārsta, bez papildus ierobežojumiem (tai skaitā nenosaucot konkrētus ārstus speciālistus). Ārpus pretendenta līgumiestādēm, pirmreizējai un atkārtotai ārsta speciālista, maksas ģimenes ārsta konsultācijai limits nedrīkst būt mazāks kā EUR 25.00 (divdesmit pieci *euro* un 00 centi), pirmreizējai un atkārtotai profesoru, docentu konsultācijai limits nedrīkst būt zemāks kā EUR 35.00 (trīsdesmit pieci *euro* un 00 centi);
 - 2.4.3. ārsta nozīmētas ārstnieciskās manipulācijas, tai skaitā medikamentu injekcijas, infūzijas, blokādes un citas;
 - 2.4.4. ar darba specifiku saistītās obligātās veselības pārbaudes saskaņā ar Ministru kabineta noteikumiem. Ja tiek noteikts limits apdrošināšanas periodā, tam jābūt ne mazākam kā EUR 45.00 (četrdesmit pieci *euro* un 00 santīmi);
 - 2.4.5. plaša spektra laboratoriskie izmeklējumi;
 - 2.4.6. plaša spektra diagnostiskie izmeklējumi;
 - 2.4.7. augstu tehnoloģiju diagnostiskie izmeklējumi, tai skaitā kontrastvielas ar limitu apdrošināšanas periodā ne mazāku kā EUR 150.00 (viens simts piecdesmit *euro* un 00 centi);
 - 2.4.8. fizikālās procedūras 10 (desmit) reizes apdrošināšanas periodā ar ārstējošā ārsta nosūtījumu bez citiem pakalpojuma saņemšanas ierobežojumiem;
 - 2.4.9. medicīniskās izziņas. Ja tiek noteikts limits apdrošināšanas periodā, tam jābūt ne mazākam kā EUR 45.00 (četrdesmit pieci *euro* un 00 centi);
 - 2.4.10. vakcinācija pret ērcu encefalītu un pret gripu. Ja tiek noteikts kopējais limits apdrošināšanas periodā, tam jābūt ne mazākam kā EUR 45.00 (četrdesmit pieci *euro* un 00 centi);
 - 2.4.11. valsts neatliekamā un privātā neatliekamā palīdzība Rīgā un Rīgas rajonā;
 - 2.4.12. grūtnieču aprūpe, nenosakot atsevišķu apakšlimitu;
 - 2.4.13. maksas ambulatorā rehabilitācija (ārstnieciskā vingrošana grupās, fizioterapeita nodarbības, ūdens procedūras, ārstnieciskā masāža vienai ķermeņa zonai, un manuālā terapija) 1 (viens) kurss, limitam apdrošināšanas periodā jābūt ne mazākam kā EUR 90.00

(deviņdesmit *euro* un 00 centi) un viena apmeklējuma cenas limits ir ne mazāks kā EUR 9.00 (deviņi *euro* un 00 centi).

- 2.5. Dienas un diennakts stacionāro maksas pakalpojumu apmaksā ar minimālo apdrošinājuma summu (atlīdzības limits apdrošināšanas periodā) EUR 450.00 (četri simti piecdesmit *euro* un 00 centi), 100% apmērā visās pretendenta līgumiestādēs (**bez ierobežojumiem un apakšlimitiem**, ja minimālās prasībās tas nav norādīts), tai skaitā:
 - 2.5.1. maksa par katru diennakts vai dienas stacionārā pavadīto dienu;
 - 2.5.2. ārstēšanās paaugstināta servisa apstākļos, ja tādus nodrošina ārstniecības iestāde;
 - 2.5.3. ārstu speciālistu, tai skaitā. profesoru un docentu konsultācijas;
 - 2.5.4. visa veida diagnostiskie, laboratoriskie un instrumentālie izmeklējumi;
 - 2.5.5. ārsta nozīmētas ārstnieciskās manipulācijas un procedūras;
 - 2.5.6. maksas operācijas bez skaita ierobežojuma.
- 2.6. Papildprogrammas „Zobārstniecības pakalpojumi” apmaksā ar minimālo apdrošinājuma summu (atlīdzības limits apdrošināšanas periodā) EUR 300.00 (trīs simti *euro* un 00 centi), 50% apmērā visās pretendenta līgumiestādēs un nelīgumiestādēs, tai skaitā:
 - 2.6.1. zobu higiēna 2 (divas) reizes apdrošināšanas periodā;
 - 2.6.2. neatliekamā palīdzība;
 - 2.6.3. konsultācijas, RTG, vietējā anestēzija;
 - 2.6.4. terapeitiskie un ķirurģiskie zobārstniecības pakalpojumi.

3. Minimālās prasības citām pozīcijām:

- 3.1. Pretendents nodrošina iespēju veikt apdrošināto darbinieku skaita izmaiņas 1 (vienu) reizi mēnesī.
- 3.2. Pretendents nodrošina ārstniecības pakalpojumu izmantošanu bez apdrošinājuma summu apakšlimitiem, izņemto minimālajās prasībās noteikto, vai citiem ierobežojumiem visa veselības apdrošināšanas līguma darbības laikā, tai skaitā veicot izmaiņas līguma darbības laikā.
- 3.3. Pretendents nenosaka ierobežojošu savu līgumiestāžu loku un tam jāapmaksā programmā iekļautie pakalpojumi, kurus sniedzis atbilstoši normatīvajiem aktiem reģistrēts pakalpojumu sniedzējs.
- 3.4. Noslēdzot veselības apdrošināšanas līgumu, kā arī veicot izmaiņas veselības apdrošināšanas līguma darbības laikā, pretendents nodrošina veselības apdrošināšanu bez apdrošināmo darbinieku vecuma ierobežojuma un papildu dokumentācijas pieprasījuma.
- 3.5. Pretendents nodrošina iespēju pievienot Pasūtītāja darbinieku radniekus (laulātie, bērni un vecāki) līdzvērtīgai veselības apdrošināšanas programmai. Nepieciešamības gadījumā pretendents ir tiesīgs piemērot paaugstinošus koeficientus.
- 3.6. Pretendents nodrošina, ka gadījumā, ja pēc pretendenta apdrošināšanas noteikumiem par polišu (individuālo karšu) dublikātu izgatavošanu tiek ņemta samaksa, tā ir ne vairāk kā EUR 4.00 (četri *euro* un 00 centi) par viena dublikāta izgatavošanu.
- 3.7. Pretendents nodrošina iespēju pieteikt atlīdzību elektroniskā veidā, veicot atlīdzības izmaksu 5 (piecu) darba dienu laikā no visu nepieciešamo dokumentu saņemšanas brīža.
- 3.8. Pretendents nodrošina apdrošināšanas atlīdzības saņemšanu ne ilgāk kā 15 (piecpadsmit) kalendāro dienu laikā pēc nepieciešamo dokumentu iesniegšanas, ja ārstniecības pakalpojumi saņemti ārpus pretendenta līgumiestādēm.
- 3.9. Pretendents nodrošina maksājumu dokumentu par saņemtajiem ārstniecības pakalpojumiem iesniegšanas termiņu ne mazāku kā 60 (sešdesmit) kalendārās dienas.
- 3.10. Pretendents norāda precīzu kalendāro dienu skaitu maksājumu dokumentu par saņemtajiem ārstniecības pakalpojumiem iesniegšanai pēc veselības apdrošināšanas līguma termiņa beigām. Ja pretendents nav norādījis precīzu kalendāro dienu skaitu, tiks uzskatīts, ka tās ir 365 (trīs simti sešdesmit piecas) kalendārās dienas pēc veselības apdrošināšanas līguma termiņa beigām.

Iepirkumam „VAS „Tiesu namu aģentūra”
darbinieku veselības apdrošināšana”
Id.Nr. TNA 2014/24

6. Tehniskais piedāvājums

Iepirkumam

„VAS „Tiesu namu aģentūra” darbinieku veselības apdrošināšana”

Id. Nr. TNA 2014/24

Nr.p.k.	Tehniskā specifikācija	Tiek piedāvāts*	Piezīmes (papildu informācija)**
Pamatprogrammas „Luksus Plus” un papildprogrammas „Zobārstniecības pakalpojumi” cena 1 (vienam darbiniekam gadā ir ne vairāk kā EUR 350.00 (trīs simti piecdesmit <i>euro</i> un 00 centi), nenosakot ierobežojumus ārstniecības iestāžu izvēlē un izsniedzot veselības apdrošināšanas kartes.			
1.	Apdrošinājuma summa pamatprogrammai gadā 1 (vienam) darbiniekam, kas ir ne mazāka kā 1500.00 (viens tūkstotis pieci simti <i>euro</i> un 00 centi).	2500.00 <i>euro</i>	
2.	Normatīvajos aktos noteiktās pacienta iemaksas apmaksā par ambulatoro un stacionāro ārstniecības palīdzību 100% apmērā, tai skaitā līdzmaksājums.	Jā X Nē <input type="checkbox"/>	
3.	Ambulatoro maksas pakalpojumu apmaksā ar minimālo apdrošinājuma summu (atlīdzības limits apdrošināšanas periodā) EUR 750.00 (septiņi simti piecdesmit <i>euro</i> un 00 centi), 100% apmērā visās pretendenta līgumiestādēs (bez ierobežojumiem un apakšlimitiem, ja minimālās prasībās tas nav norādīts), tai skaitā:	Jā X Nē <input type="checkbox"/>	Apdrošinājuma summa maksas ambulatoriem pakalpojumiem EUR 1050.00
3.1.	ārstniecības personu mājas vizītes;	Jā X Nē <input type="checkbox"/>	
3.2.	ārstu speciālistu apmeklējumi (tai skaitā augsti kvalificēti speciālisti, profesori un docenti) bez ģimenes ārsta nosūtījuma un ārstēšanās pie maksas ģimenes ārsta, bez papildus ierobežojumiem (tai skaitā nenosaucot konkrētus ārstus speciālistus). Ārpus pretendenta līgumiestādēm, pirmreizējai un atkārtotai ārsta speciālista un maksas ģimenes ārsta konsultācijai limits nedrīkst būt mazāks kā EUR 25.00 (divdesmit pieci <i>euro</i> un 00 centi), pirmreizējai un atkārtotai profesoru, docentu konsultācijai limits nedrīkst būt zemāks kā EUR 35.00 (trīsdesmit pieci <i>euro</i> un 00 centi);	Jā X Nē <input type="checkbox"/>	
3.3.	ārsta nozīmētas ārstnieciskās manipulācijas, tai skaitā medikamentu injekcijas, infūzijas, blokādes un citas;	Jā X Nē <input type="checkbox"/>	
3.4.	ar darba specifiku saistītās obligātās veselības pārbaudes saskaņā ar Ministru kabineta noteikumiem. Ja tiek noteikts limits apdrošināšanas periodā, tam jābūt ne mazāk kā EUR 45.00 (četrdesmit pieci <i>euro</i> un 00 centi);	Jā X Nē <input type="checkbox"/>	
3.5.	plaša spektra laboratoriskie izmeklējumi;	Jā X Nē <input type="checkbox"/>	
3.6.	plaša spektra diagnostiskie izmeklējumi;	Jā X Nē <input type="checkbox"/>	
3.7.	augstu tehnoloģiju diagnostiskie izmeklējumi, tai skaitā kontrastvielas ar limitu apdrošināšanas periodā ne	Jā X Nē <input type="checkbox"/>	Augstu tehnoloģiju diagnostiskie izmeklējumi,