

LĪGUMS Nr. LVI-3004/07-11-2013-830

Līgums Nr. 148
28.12.2013

Veselības apdrošināšanas polišu iegāde

Rīgā

2013.gada 28. decembrī

Valsts kanceleja (reģistrācijas numurs 90000055313, juridiskā adrese: Brīvības bulvāris 36, Rīgā, LV-1520) tās direktores Elitas Dreimanes personā, kas rīkojas, pamatojoties uz Ministru kabineta 2003.gada 20.maija noteikumu Nr.263 „Valsts kancelejas nolikums” 8.6.apakšpunktu (turpmāk – PASŪTĪTĀJS), no vienas puses, un „**BTA Insurance Company**” SE (reģistrācijas numurs 40003159840, juridiskā adrese: Krišjāņa Valdemāra iela 63, Rīga, LV-1142) tās valdes locekļa Oskara Hartmaņa personā, kas darbojas saskaņā ar 2013.gada 2.aprīļa izdoto pilnvaru Nr. 2013-287, (turpmāk – IZPILDĪTĀJS), no otras puses, abi kopā vai atsevišķi (turpmāk – LĪDZĒJI), saskaņā ar Valsts kancelejas rīkotā iepirkuma „Darbinieku veselības apdrošināšanas polišu iegāde” Nr. MK VK 2013/29 (turpmāk – Iepirkums) rezultātiem, noslēdz šādu līgumu (turpmāk – Līgums):

1. Līguma priekšmets

1.1. PASŪTĪTĀJS apdrošina savu darbinieku, darbinieku radnieku un ģimenes locekļu veselību saskaņā ar Iepirkuma dokumentāciju, tai skaitā Tehnisko specifikāciju (pielikums Nr.1) un IZPILDĪTĀJA iesniegto Tehnisko piedāvājumu un Finanšu piedāvājumu (turpmāk – Piedāvājums) (pielikums Nr.2).

1.2. LĪDZĒJI Līgumu noslēdz uz 12 (divpadsmit) mēnešiem (no 2014.gada 1.janvāra līdz 31.decembrim). Līgums stājas spēkā ar tā abpusējas parakstīšanas dienu un ir spēkā līdz saistību pilnīgai izpildei.

1.3. Līguma darbības vieta ir Latvijas Republika.

2. Apdrošinājuma summa

2.1. Gada apdrošinājuma summa vienam PASŪTĪTĀJA darbiniekam, darbinieka radniekam vai ģimenes loceklim, kas apdrošināts saskaņā ar Līgumu un attiecīgo veselības apdrošināšanas programmu ir noteikta Piedāvājumā. Ja rodas pretrunas starp apdrošinājuma summu, kas norādīta IZPILDĪTĀJA iesniegtajā Tehniskajā piedāvājumā un Finanšu piedāvājumā, noteicošais ir Finanšu piedāvājums.

3. Apdrošināšanas prēmija

3.1. Līguma kopējo summu veido visu Polišu apdrošināšanas prēmiju vērtība, kuras PASŪTĪTĀJS iegādājas Līguma darbības laikā, ņemot vērā iespējamās korekcijas, ko varētu radīt darbinieku skaita mainība, bet kas nepārsniedz LVL 29 000,00 (divdesmit deviņi

tūkstoši latu 00 santīmi) jeb 41 263,28 (četrdesmit viens tūkstotis divi simti sešdesmit trīs euro 28 centi).

3.2. Apdrošināšanas gada prēmija vienam PASŪTĪTĀJA darbiniekam, darbinieka radniekam vai ģimenes loceklim, kas apdrošināts saskaņā ar Līgumu un attiecīgo veselības apdrošināšanas programmu ir noteikta Piedāvājumā. Ja rodas pretrunas starp apdrošinājuma summu, kas norādīta IZPILDĪTĀJA iesniegtajā Tehniskajā piedāvājumā un Finanšu piedāvājumā, noteicošais ir Finanšu piedāvājums.

3.3. Apdrošināšanas nosacījumus Līguma darbības laikā IZPILDĪTĀJS mainīt nevar.

3.4. PASŪTĪTĀJS Apdrošināšanas prēmijas maksājumus veic 2 (divos) maksājumos bez papildu piemaksas.

4. PASŪTĪTĀJA un IZPILDĪTĀJA tiesības un pienākumi

4.1. PASŪTĪTĀJS apņemas:

4.1.1. ievērot Līguma noteikumus;

4.1.2. veikt apdrošināšanas prēmijas maksājumus saskaņā ar IZPILDĪTĀJA iesniegto rēķinu Līgumā noteiktajā kārtībā un termiņos;

4.1.3. informēt apdrošināmo sarakstā minētās apdrošinātās personas par to, ka viņas tiek apdrošinātas, kā arī par to, uz kādiem nosacījumiem viņas tiek apdrošinātas;

4.1.4. reizi mēnesī līdz 1.datumam informēt IZPILDĪTĀJU par izmaiņu izdarīšanu apdrošināto sarakstā, nosūtot IZPILDĪTĀJAM aizpildītu pieteikumu par izmaiņu veikšanu apdrošināto personu sarakstā (IZPILDĪTĀJA noteiktajā formā);

4.1.5. rakstiski informēt IZPILDĪTĀJU par PASŪTĪTĀJA darbinieku radniekiem un ģimenes locekļiem, kuri veselību vēlas apdrošināt pie IZPILDĪTĀJA. Informācijā jānorāda:

4.1.5.1. personas vārds, uzvārds, personas kods;

4.1.5.2. apdrošināšanas programma/as, kādu /as tas vēlas iegādāties.

4.2. IZPILDĪTĀJS apņemas:

4.2.1. izsniegt ne vēlāk kā 5 (piecu) darba dienu laikā no pieteikuma saņemšanas dienas PASŪTĪTĀJAM apdrošināto personu individuālās apdrošināšanas kartes, izvēlētās apdrošināšanas programmas aprakstu un atlīdzības saņemšanas kārtību. IZPILDĪTĀJA līguma organizāciju saraksts katram apdrošinātajam ir pieejams IZPILDĪTĀJA mājaslapā internetā <http://bta.lv/lat/company/contacts/cards/?8262>. Apdrošināšanas karte ir dokuments, kas apliecina, ka apdrošinātā labā ir noslēgts apdrošināšanas Līgums;

4.2.2. maksāt apdrošināšanas atlīdzību apdrošināšanas polisē un Līguma noteikumos minētajos gadījumos, apmēros un kārtībā;

4.2.3. ne vēlāk kā 15 (piecpadsmit) kalendāra dienu laikā izmaksāt atlīdzību apdrošinātajam pēc apmaksas apliecinājošu dokumentu (kases aparāta čeka vai kvītis) un pakalpojumu pamatojošas medicīniskās dokumentācijas iesniegšanas IZPILDĪTĀJAM gadījumos, kad apdrošinātie saņem pakalpojumus ārstniecības iestādēs, kurām nav līguma ar IZPILDĪTĀJU vai par atsevišķiem pakalpojumiem, kuru apmaksu paredz apdrošināšanas segums, bet kuri konkrētajā līguma iestādē nav iekļauti apmaksājamo pakalpojumu sarakstā;

4.2.4. nodrošināt iespēju PASŪTĪTĀJAM veikt izmaiņas apdrošināto personu sarakstā 1 (vienu) reizi mēnesī visa apdrošināšanas līguma (polises) darbības termiņa laikā, izslēdzot no tā darbiniekus un pievienojot jaunus Tehniskajā specifikācijā un Piedāvājumā noteiktajā kārtībā.

4.2.5. iekļaujot jaunas apdrošināmās personas, kā arī izslēdzot personas no apdrošināmo saraksta, veikt prēmijas aprēķinu proporcionāli atlikušajam periodam par pilniem mēnešiem (viena mēneša apdrošināšanas prēmija tiek noteikta kā 1/12 daļa no gada apdrošināšanas prēmijas) atbilstoši Piedāvājumā paredzētajai kārtībai.

4.2.6. apdrošināt PASŪTĪTĀJA darbinieku radniekus un ģimenes locekļus ar analogiskiem nosacījumiem un apdrošināšanas prēmijām kā PASŪTĪTĀJA darbiniekiem, prēmijai piemērojot koeficientu 1,25;

4.2.7. IZPILDĪTĀJS nodrošina informācijas un dokumentācijas plūsmu starp PASŪTĪTĀJU un IZPILDĪTĀJU, semināra(u) organizēšanu PASŪTĪTĀJA darbiniekiem par noslēgtā Līguma veselības apdrošināšanas polišu izmantošanas iespējām un lietošanas nosacījumiem, skaidrojot noslēgtā apdrošināšanas līguma noteikumus, tiesības un pienākumus PASŪTĪTĀJAM un tā darbiniekiem, PASŪTĪTĀJA darbinieku izmaksu lietu administrēšanu savas kompetences ietvaros, darbinieku iesniegto čeku un atlīdzības pieteikumu sākotnējo pārbaudi un konsultācijām, kā arī jebkuram PASŪTĪTĀJA darbiniekam brīvi pieejamu iespēju telefoniskām un rakstiskām konsultācijām e-sarakstes formā par veselības apdrošināšanas jautājumiem visā Līguma termiņa laikā;

4.2.8. 30 kalendāra dienu laikā pēc PASŪTĪTĀJA rakstiska pieprasījuma iesniegt atskaiti par izmaksātajām apdrošināšanas atlīdzībām atsevišķi par katru apdrošināšanas programmu un apdrošināšanas veidu, norādot arī apdrošināto skaitu, kas izmantojuši apdrošināšanas pakalpojumus.

4.3. PASŪTĪTĀJA darbinieki pēc brīvprātīgas izvēles var iegādāties IZPILDĪTĀJA piedāvājumā norādīto Augstāka līmeņa pamatprogrammu vai papildprogrammas, piemaksājot starpību no personiskajiem līdzekļiem, PASŪTĪTĀJAM esot kā starpniekam. Programmu papildināšana un pārformēšana tiek veikta 1 (viena) mēneša laikā no Līguma noslēgšanas dienas un darbojas līdz kopējā Līguma termiņa beigām. Prēmija var būt atkarīga no cilvēku skaitā katrā programmā.

5. Izmaiņas Līguma darbībā vai tā darbības pārtraukšana

5.1. LĪDZĒJI ir iepazinušies ar Līguma saturu, kas satur pilnīgu LĪDZĒJU vienošanos un to nevar mainīt citādā kārtībā, kā tikai rakstiski vienojoties.

5.2. Grozījumus šajā līguma var izdarīt, ievērojot Publisko iepirkumu likuma 8.¹ panta 12.¹ daļu. Visas izmaiņas, papildinājumi, kas attiecas uz Līgumu, ir spēkā, ja tie izklāstīti rakstveidā un tos parakstījuši abi LĪDZĒJI.

5.3. Līguma darbības laikā IZPILDĪTĀJAM nav tiesību bez PASŪTĪTĀJA tiešas un rakstiskas piekrišanas grozīt, mainīt vai papildināt spēkā esošos atlīdzības saņemšanas kārtību, jebkādi sašaurināt līguma organizāciju sarakstu, kā arī citādi pasliktināt PASŪTĪTĀJA apdrošināšanas nosacījumus. Šis nosacījums nav attiecināms uz līguma organizāciju saraksta vai sniegto pakalpojumu klāsta paplašināšanu un uzlabošanu, bet šo pasākumu ieviešana nevar būt par pamatu prasījumam palielināt apdrošināšanas prēmijas apjomu vai mainīt tās maksāšanas kārtību.

5.4. Ja Līguma darbības laikā IZPILDĪTĀJS ir pilnībā izpildījis savas saistības attiecībā pret apdrošināto personu, izmaksājot apdrošināšanas summu pilnā apmērā, tad par to tiek elektroniski 10 (desmit) kalendāra dienu laikā paziņots apdrošinātai personai un PASŪTĪTĀJAM.

5.5. Līgumu var izbeigt pirms termiņa, ja IZPILDĪTĀJS un PASŪTĪTĀJS par to vienojas, noslēdzot par to rakstisku vienošanos. LĪDZĒJS, kurš ir ierosinājis izbeigt Līgumu pirms termiņa, nosūta paziņojumu otram LĪDZĒJAM vismaz 1 (vienu) mēnesi pirms paredzamā Līguma termiņa beigām.

5.6. PASŪTĪTĀJS var izbeigt Līgumu pirms termiņa, ja IZPILDĪTĀJS nepilda vai nepienācīgi pilda jebkuru Līguma nosacījumu vai iesniegtā iepirkuma piedāvājuma punktu. Par Līguma pirmstermiņa izbeigšanu PASŪTĪTĀJS paziņo IZPILDĪTĀJAM rakstiski vienu mēnesi iepriekš. IZPILDĪTĀJS un PASŪTĪTĀJS norēķinās par sniegtajiem pakalpojumiem uz Līguma pirmstermiņa izbeigšanas dienu. IZPILDĪTĀJS 30 (trīsdesmit) kalendāra dienu laikā pēc Līguma pirmstermiņa izbeigšanas atmaksā PASŪTĪTĀJAM neizmantoto apdrošināšanas prēmiju par laika periodu (atlikušajiem pilnajiem mēnešiem) līdz polises darbības beigām, neņemot vērā administratīvos izdevumus un izmaksātās apdrošināšanas atlīdzības.

5.7. Ja rodas pretrunas starp atlīdzības saņemšanas kārtību vai citiem nosacījumiem un Līgumu, tad noteicošais ir Līgums.

6. Strīdu izskatīšanas kārtība

6.1. LĪDZĒJU domstarpības, kas saistītas ar šajā līgumā paredzēto saistību izpildi, risina vienošanās ceļā. Vienošanos noformē rakstiski un tā stājas spēkā pēc abpusējas parakstīšanas un kļūst par šī līguma neatņemamu sastāvdaļu.

6.2. Ja LĪDZĒJI nevar vienoties, strīdu nodod izskatīšanai Latvijas Republikas tiesā Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.

6.3. Strīdi vai domstarpības LĪDZĒJU starpā neatbrīvo tos no šajā līguma paredzēto saistību izpildes.

7. Nobeiguma nosacījumi

7.1. Līgums uzliek saistības kā IZPILDĪTĀJAM, tā PASŪTĪTĀJAM, kā arī visām trešajām personām, kas likumīgi pārņem viņu tiesības un saistības.

7.2. Mainot savu nosaukumu, adresi vai citus rekvizītus, LĪDZĒJI apņemas 3 (trīs) darba dienu laikā paziņot otram LĪDZĒJAM par izmaiņām.

7.3. LĪDZĒJI vienojas, ka ar Līguma izpildi saistītos jautājumus risinās šādas LĪDZĒJU noteiktās kontaktpersonas:

7.3.1. IZPILDĪTĀJA kontaktpersonas: Roberts Aparjods (tālr. 67025199, fakss: 67025108, e-pasts: roberts.aparjods@bta.lv), Dārta Buliņa (tālr. 67025198, fakss: 67025108, e-pasts: darta.bulina@bta.lv);

7.3.2. PASŪTĪTĀJA kontaktpersona: Personāla nodaļas vadītāja Inese Babre (tālr. 67082844, fakss: 67280469, e-pasts: inese.babre@mk.gov.lv).

7.4. LĪDZĒJU iesniegumi, pretenzijas, paziņojumi vai brīdinājumi (turpmāk - paziņojums), kas attiecas uz Līguma izpildi, nosūtāmi rakstiskā veidā PASŪTĪTĀJAM.

7.5. Par paziņojuma iesniegšanas (paziņošanas) saistību izpildes dienu uzskatāma:

7.5.1. diena, kad paziņojums nodots pastā, nosūtīšanai uz otra LĪDZĒJA juridisko adresi ar ierakstītu pasta sūtījumu;

7.5.2. diena, kad paziņojums iesniegts otram LĪDZĒJAM pret tās pārstāvja parakstu.

7.6. Līguma un tā grozījumu (ja tādi ir) teksts, izņemot līguma 2.pielikumu un pielikumus, kas satur komercnoslēpumu, konfidenciālu informāciju vai personas datus un citu sensitīvu informāciju, saskaņā ar Publisko iepirkumu likuma 8.¹panta astoto daļu tiek publicēts PASŪTĪTĀJA mājaslapā internetā.

7.7. Līgums sastādīts divos eksemplāros, katrs uz 5 (piecām) lapām, ar vienādu juridisku spēku, no kuriem viens nodots IZPILDĪTĀJAM, bet otrs PASŪTĪTĀJAM.

7. LĪDZĒJU rekvizīti un paraksti

PASŪTĪTĀJS:

Valsts kanceleja

Reģ.nr. 90000055313

Juridiskā adrese: Brīvības bulvāris 36

Rīga, LV-1520

Valsts kase, kods: TREL22

Konta Nr. LV70TREL2030004022000

IZPILDĪTĀJS:

„BTA Insurance Company” SE


Reģ.nr. 40003159840

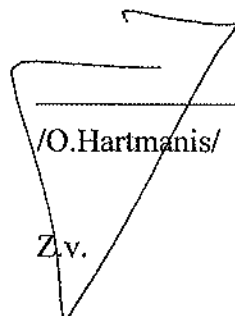

Juridiskā adrese: Krišjāņa Valdemāra iela 63,

Rīga, LV-1142

AS „SEB Banka”, kods: UNLALV2X

Konts (LVL): LV61UNLA0002020467609



E. Dreļmane
VALSTS KANCELEJA


/O.Hartmanis/
Z.v.


Iepirkuma „Darbinieku veselības apdrošināšanas polišu iegāde” nolikumam
(identifikācijas Nr. MK VK 2013/29)

TEHNISKĀ SPECIFIKĀCIJA

Atbilstoši Pasūtītāja izvirzītajām prasībām, pretendents ir jānodrošina šāds apdrošināšanas seguma minimums katrai apdrošinātai personai vienā apdrošināšanas periodā:

1.daļa. Minimālās prasības veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitātei

1. Maksimālais prēmijas lielums (piedāvājuma cena) par apdrošināšanas programmu vienai apdrošinātai personai nevar būt lielāks par **LVL 150,00 (EUR 213,43)**.
2. Paredzamais apdrošināmo personu skaits par Pasūtītāja līdzekļiem aptuveni **140** darbinieki (precīzs apdrošināmo personu saraksts tiks iesniegts 3 (trīs) darba dienu laikā pēc līguma noslēgšanas).
3. Veselības apdrošināšanas pakalpojumu sniegšanas termiņš – 12 (divpadsmit) mēneši.
4. Pretendentam jānodrošina katrs Pasūtītāja apdrošinātais darbinieks ar individuālo veselības apdrošināšanas karti (plastikāta) un detalizētu veselības apdrošināšanas programmas aprakstu, ietverot arī precīzu neapmaksājamo pakalpojumu sarakstu. Pretendentam papildus ir jānodrošina informācijas pieejamība apdrošinātajām personām par pretendenta aktuālo līguma iestāžu sarakstu.
5. Veselības apdrošināšanas polisei ir jābūt izmantojamai visā Latvijas Republikas teritorijā, nodrošinot tās darbību 24 (divdesmit četras) stundas diennaktī.
6. Pretendentam ir jānodrošina plašas līguma iestāžu izvēles iespējas visā Latvijas Republikas teritorijā, tajā skaitā Rīgā.
7. Pretendentam ir jānodrošina pakalpojumu saņemšana visās pretendenta līguma iestādēs, uzrādot veselības apdrošināšanas karti un neveicot naudas norēķinus (izņemot 11.punktā minēto gadījumu).
8. Pretendentam ir jānodrošina iespēja apdrošinātajām personām iesniegt atlīdzības saņemšanai apdrošināto personu apmaksātos rēķinus un čekus, kas izsniegti iestādes, ar kurām pretendents nav noslēgts sadarbības līgums, visās pretendenta pārstāvniecībās vai arī jānodrošina šis pakalpojums, izmantojot mūsdienu tehnoloģijas (piemēram, internets, fakss, e-pasts u.tml.).
9. Pretendentam jānodrošina arī līguma iestādēs izsniegto čeku un rēķinu iesniegšana atlīdzības saņemšanai visās pretendenta pārstāvniecībās vai arī jānodrošina šis pakalpojums, izmantojot mūsdienu tehnoloģijas (piemēram, internets, fakss, e-pasts u.tml.), par atsevišķiem medicīniskajiem pakalpojumiem, kuru apmaksu izņēmuma gadījumā paredz apdrošināšanas segums, bet kuri konkrētajā līguma iestādē nav iekļauti apmaksājamo pakalpojumu sarakstā.
10. Atlīdzības pieteikumu par polisē iekļautajiem pakalpojumiem, apdrošinātās personas ir tiesīgas iesniegt ne mazāk kā 3 (trīs) mēnešu laikā no pakalpojuma saņemšanas dienas.
11. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas saņemti ārstniecības iestādēs, ar kurām pretendents nav sadarbības līguma vai, kas līguma iestādēs nav iekļauti pretendenta apmaksāto pakalpojumu sarakstā, ne vēlāk kā 15 (piecpadsmit) kalendāra dienu laikā no nepieciešamo dokumentu saņemšanas dienas.
12. Pretendentam jānodrošina iespēja Pasūtītājam veikt izmaiņas apdrošināto personu sarakstā ne retāk kā vienu reizi mēnesī visa apdrošināšanas līguma (polises) darbības termiņa laikā, izslēdzot no tā personas un pievienojot jaunas personas uz tādiem pašiem apdrošināšanas noteikumiem kā esošajiem darbiniekiem, t.sk. arī apdrošināšanas segumam, saglabājot pilnu apdrošināšanas perioda apdrošinājuma summu/limitu.

13. Iekļaujot jaunas apdrošināmās personas, kā arī izslēdzot personas no apdrošināmo saraksta, pretendents 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.
14. Kopējās apdrošināšanas prēmijas apmaksa – 2 (divos) maksājumos (bez papildu piemaksas).

2.daļa. Minimālās prasības veselības aprūpes pakalpojumiem, apdrošinājuma summām un atlaižu apmēriem (veselības apdrošināšanas programmas kvalitāte)

1. Minimālais atlīdzību limits vienai personai par maksas ambulatoriem medicīniskiem pakalpojumiem (bez ģimenes ārsta norīkojuma un neieskaitot pacienta iemaksas) ne mazāk kā LVL 250,00 (EUR 355,72) un maksas stacionāriem medicīniskiem pakalpojumiem 100% apmērā ne mazāk kā LVL 600,00 (EUR 853,72) (ne mazāk, kā LVL 300,00 (EUR 426,86) par vienu stacionēšanas reizi). Kopējais limits ambulatoriem un stacionāriem medicīniskiem pakalpojumiem ne mazāk kā LVL 850,00 (EUR 1209,44).
2. Pacienta iemaksas pakalpojumi 100% apmērā, atbilstoši spēkā esošajiem Ministru kabineta noteikumiem, t.sk.:
 - 2.1. Par ambulatorās medicīniskās aprūpes pakalpojumiem:
 - 2.1.1. ģimenes ārsta apmeklējums;
 - 2.1.2. ārsta speciālista apmeklējums un konsultācija;
 - 2.1.3. ārstēšanās dienas stacionārā;
 - 2.1.4. ambulatori un dienas stacionārā veiktās operācijas;
 - 2.1.5. diagnostiskie izmeklējumi.
 - 2.2. Par stacionārās medicīniskās aprūpes pakalpojumiem:
 - 2.2.1. ārstēšanās slimnīcā;
 - 2.2.2. medicīniskā rehabilitācija;
 - 2.2.3. diagnostiskie izmeklējumi.
 - 2.3. Pacienta līdzmaksājums par vienā stacionēšanās reizē operāciju zālē veiktajām ķirurģiskajām manipulācijām.
3. **Maksas ambulatorās medicīniskās aprūpes pakalpojumi:**
 - 3.1. plaša spektra ārstu (privātarstu, profesoru un docentu īpaši augsti kvalificētu speciālistu) u.c. ārstu konsultācijas (bez ģimenes ārsta norīkojuma) ne mazāk kā LVL 15,00 (EUR 21,34) par vienu apmeklējumu, t.sk.:
 - 3.1.1. maksas ģimenes ārsta, maksas terapeita konsultācijas;
 - 3.1.2. ārsta un medicīnas personāla mājas vizītes;
 - 3.2. plaša spektra laboratoriskie izmeklējumi 100% apmērā: pilna asins analīze, bilirubīns, frakcijas, ALAT, ASAT, urea, kreatinīns, kopējais holesterīns, augsta blīvuma holesterīns, zema blīvuma holesterīns, C-reaktīvai olbaltums, reimatoidais faktors, glikoze, protrombīna komplekss, asins grupa (ABO), Rh-faktors, urīna analīze, koprogramma, krēpu analīze, iztriepju izmeklēšana uz mikrofloru; retikulocīti, dzelzs, ferritīns, TSH, T3, T4, TG, AV pret TG, triglicerīdi, helicobacter pylori IgA, helicobacter pylori IgG, troponīns, u.tml.;
 - 3.3. plaša spektra diagnostiskie izmeklējumi: elektrokardiogrāfija, ehokardiogrāfija, fluorogramma, vēdera dobuma orgānu (aknu, žultspūšļa nieru u.c.) sonogrāfiska izmeklēšana un iegurņa orgānu (urīnpūšļa, dzemdes, prostatas u.c.), USG ieskaitot endokavitālo zondi, kolposkopija, radionukleīdā diagnostika, audiogramma, asinsvadu sonogrāfiska un doplerogrāfiska izmeklēšana, skaitļotājtomogrāfijas izmeklējums ar un bez kontrastvielas, magnētiskās rezonanses izmeklējums ar un bez kontrastvielas, rentgenogrāfija orgāniem un ķermeņa daļām, mammogrāfija, fibrogastroduodenoskopija u.c. endoskopiskie izmeklējumi, ar ārsta norīkojumu;
 - 3.4. jebkura veida vakcinēšanās līdz LVL 25,00 (EUR 35,57);
 - 3.5. ārstnieciskās manipulācijas t.sk., injekcijas, blokādes, histoloģiskā izmeklēšana, brūces apstrāde un pārsiešana, naga ablācija vai saknes rezekcija, ekscīzija, incīzija (furunkula,

abscesa, hematomas), izmežģījuma, lūzuma repozīcija, dzirdes pārbaude, redzes pārbaude, u.tml. bez skaita ierobežojuma;

3.6. neatliekamā medicīniskā palīdzība, t.sk. valsts neatliekamā medicīniskā palīdzība jebkurā ar medicīniskās palīdzības sniegšanu saistītā izsaukumā (arī daļēji pamatotā) un privātā neatliekamā medicīniskā palīdzība.

4. Maksas stacionārās medicīniskās aprūpes pakalpojumi:

- 4.1. maksa par katru diennakts vai dienas stacionārā pavadīto dienu;
- 4.2. ārstēšanās paaugstināta servisa apstākļos, ja tādus nodrošina ārstniecības iestāde;
- 4.3. ārstu – speciālistu, t.sk. profesoru un docentu konsultācijas;
- 4.4. visa veida laboratoriskie un diagnostiskie izmeklējumi;
- 4.5. ārsta nozīmētas ārstnieciskās manipulācijas un procedūras maksas stacionārā;
- 4.6. maksas operācijas.

3.daļa. Minimālās prasības apdrošināšanas nosacījumiem, kuri iegādājas veselības apdrošināšanas pakalpojumu par personīgajiem līdzekļiem:

1. Pretendentam jāparedz piedāvājumā minētos apdrošināšanas nosacījumus (atbilstoši tehniskās specifikācijas 1. daļas 3. - 11. punktā norādītajām prasībām, kā arī 2. daļas prasībām) attiecināt arī uz Pasūtītāja darbinieku radniekiem un ģimenes locekļiem – bez vecuma ierobežojuma.
2. Darbinieku radnieku apdrošināšanā var tikt piemērots prēmijas sadārdzinājuma koeficients, bet ne vairāk, kā 1,25.

4.daļa. Minimālās prasības papildprogrammu iegādei:

1. Pretendentam pēc Pasūtītāja darbinieku brīvprātīgas izvēles, ir jānodrošina Augstāka līmeņa pamatprogrammas un papildprogrammu iegāde.
2. Pretendentam Augstāka līmeņa pamatprogrammas un papildprogrammu iegāde uz līdzvērtīgiem noteikumiem (t.sk. arī apdrošināšanas prēmija) ir jānodrošina arī darbinieku radniekiem un ģimenes locekļiem.
3. Programmu papildināšana un pārformēšana tiek veikta viena mēneša laikā no līguma noslēgšanas dienas un darbojas līdz kopējā apdrošināšanas līguma termiņa beigām.
4. Prēmija ir atkarīga no cilvēku skaita katrā programmā (saskaņā ar Finanšu piedāvājumu).
5. **Augstāka līmeņa programma (vismaz viena).** Maksimālais prēmijas lielums (piedāvājuma cena) par apdrošināšanas programmu vienai apdrošinātai personai LVL 250,00 (EUR 355,72) (*netiek vērtētas un netiek piešķirti vērtēšanas punkti*).
6. **Papildprogrammas (*netiek vērtētas un netiek piešķirti vērtēšanas punkti*):**
 - 1.1. Zobārstniecības pakalpojumi
 - 1.2. Medikamentu iegāde
 - 1.3. Veselības veicināšana (Sporta nodarbības)
 - 1.4. Maksas grūtnieču aprūpes un dzemdību pakalpojumi.
 - 1.5. Optika

5.daļa. Pretendents tehnisko piedāvājumu sagatavo un iesniedz saskaņā ar tehniskās specifikācijas prasībām. Sagatavojot tehnisko piedāvājumu veselības apdrošināšanai (pielikums Nr. 3) pretendents jānorāda un jāpievieno:

1. Detalizēts piedāvāto veselības apdrošināšanas programmu apraksts, kā arī jānorāda:
 - 1.1. apdrošināšanas seguma funkcionalitātes nosacījumi, atbilstoši tehniskās specifikācijas 1. daļas prasībām;
 - 1.2. neapmaksājamo medicīnisko pakalpojumu (izņēmumu) precīzs saraksts;

- 1.3. medicīnisko pakalpojumu saraksts, kuru saņemšanas vai apmaksas apmērs un kārtība iepriekš ir jāsaskaņo ar pretendentu (piedāvājumā ir jābūt norādei arī gadījumā, ja ar pretendentu iepriekš nav jāsaskaņo neviens no apdrošināšanas segumā iekļautajiem pakalpojumiem);
- 1.4. medicīnisko pakalpojumu saraksts, kuru apmaksā ir paredzēta apdrošināšanas segumā, taču par kuriem Pasūtītāja apdrošinātai personai sākotnēji ir jānorēķinās par saviem līdzekļiem.
2. Informācija par apdrošināšanas atlīdzības saņemšanas kārtību (t.sk. arī par termiņiem dokumentu iesniegšanai apdrošinātājam atlīdzības saņemšanai);
3. Pretendenta līguma iestāžu saraksts visā Latvijas Republikas teritorijā, atsevišķi norādot kopējo ambulatoro un stacionāro līguma iestāžu skaitu Rīgā.
4. Apdrošināšanas atlīdzības pieteikuma formas paraugs vai norāde uz pieeju pieteikuma formai tīmekļa vietnē.
5. Citi dokumenti pēc pretendenta ieskatiem.

6. daļa Pretendenta piedāvājumā iekļautie papildpakalpojumi (bez papildu piemaksas), kas nav obligāti pamatprogrammas minimālajās prasībās *

- 6.1. Zobārstniecības pakalpojumi, t.sk. zobu higiēna, ne mazāk kā ar 50% atlaidi un gada limitu ne mazāk kā LVL 25,00 (EUR 35,57)
- 6.2. Ambulatorā rehabilitācija, t.sk. ārstnieciskā masāža vai manuālā terapija, ūdens procedūras, ārstnieciskā vingrošana, fizikālās terapijas procedūras (bez ierobežojošiem nosacījumiem) ar kopējo limitu gadā ne mazāk kā LVL 40,00 (EUR 56,91).

**Uz pretendenta piedāvājumā iekļautajiem papildus pakalpojumiem (bez papildus piemaksas), kas nav obligāti pamata programmas minimālajās prasībās attiecināmi Tehniskās specifikācijas 1.daļas nosacījumi.*