

LĪGUMS Nr. SPRK 2016/254
par Sabiedrisko pakalpojumu regulēšanas komisijas darbinieku veselības
apdrošināšanu

Apdrošinājuma ņēmēja līguma Nr.47/2016
Apdrošinātāja līguma Nr.

Rīgā,

2016.gada ____ .decembrī

SABIEDRISKO PAKALPOJUMU REGULĒŠANAS KOMISIJA reģistrācijas numurs: 90001162258, juridiskā adrese: Ūnijas iela 45, Rīga (turpmāk tekstā – APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS), kuras vārdā saskaņā ar likumu „Par sabiedrisko pakalpojumu regulatoriem” rīkojas _____ no vienas puses, un

“**BALTIKUMS VIENNA INSURANCE GROUP**” AAS, reģistrācijas numurs: 40003387032, juridiskā adrese: Ūdens iela 12-115, Rīga, LV -1007 (turpmāk tekstā – APDROŠINĀTĀJS), kuras vārdā uz Statūtu pamata rīkojas _____ pamata, no otras puses (turpmāk kopā saukti arī – Puses, atsevišķi - Puse),

pamatojoties uz APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA iepirkuma “Sabiedrisko pakalpojumu regulēšanas komisijas darbinieku veselības apdrošināšana” (ID Nr. SPRK 2016/254) iepirkuma komisijas 2016. gada 7.decembra lēmumu, ievērojot Valsts un pašvaldību institūciju amatpersonu un darbinieku atlīdzības likuma 37.panta pirmo daļu un pamatojoties uz likumu „Par apdrošināšanas līgumu”, noslēdz šādu līgumu (turpmāk tekstā – Līgums):

1. Līguma priekšmets un Līguma darbības laiks

- 1.1. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS pasūta, bet APDROŠINĀTĀJS nodrošina Līguma 1.2.punktā norādīto personu (turpmāk kopā saukti arī – apdrošināmās personas, atsevišķi – apdrošināmā persona) veselības apdrošināšanas pakalpojumus atbilstoši Latvijas Republikas normatīvo aktu prasībām un saskaņā ar šī Līguma, t.sk., APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA tehniskās specifikācijas (Līguma 1. pielikums), APDROŠINĀTĀJA tehniskā piedāvājuma (Līguma 2. pielikums), APDROŠINĀTĀJA finanšu piedāvājuma (Līguma 3. pielikums) noteikumiem.
- 1.2. Apdrošināmās personas šī Līguma izpratnē ir: a) APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA darbinieki, kuri tiek apdrošināti par APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA līdzekļiem (turpmāk tekstā – Darbinieki); b) APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA darbinieki, kuri par saviem personīgajiem līdzekļiem iegādājas vienu vai vairākas APDROŠINĀTĀJA papildprogrammas saskaņā ar Līguma nosacījumiem.
- 1.3. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS uz Līguma noslēgšanas dienu sastāda un nosūta APDROŠINĀTĀJAM apdrošināmo Darbinieku sarakstu, turpmāk tekstā – Darbinieku saraksts, kurā norāda apdrošināmo Darbinieku skaitu, Darbinieku vārdu, uzvārdu, personas kodu, apdrošināšanas programmu un apdrošināšanas prēmiju. Darbinieku sarakstu Excel formātā elektroniskā veidā nosūta uz e-pasta adresi: _____.

- 1.4. APDROŠINĀTĀJS vēlākais 2 (divu) dienu laikā pēc Līguma noslēgšanas un Līguma 1.3.punktā minētā Darbinieku saraksta saņemšanas, iesniedz APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM apdrošināšanas polisi (turpmāk tekstā – Polise), kas kļūst par Līguma neatņemamu sastāvdaļu. Darbinieku individuālās veselības apdrošināšanas kartes un apdrošināšanas programmu detalizētu aprakstu (turpmāk tekstā – Programmas) APDROŠINĀTĀJS iesniedz APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM ne vēlāk kā 4 (četrus) dienu laikā pēc Līguma noslēgšanas dienas. APDROŠINĀTĀJA aktuālais līguma iestāžu saraksts, APDROŠINĀTĀJA veselības apdrošināšanas noteikumi Nr. _____ (turpmāk tekstā – Noteikumi) un atlīdzības pieteikuma veidlapa ir pieejami APDROŠINĀTĀJA mājas lapā _____.
- 1.5. Gadījumā, ja APDROŠINĀTĀJA tehniskais piedāvājums (Līguma 2. pielikums) ir pretrunā ar APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA tehnisko specifikāciju (Līguma 1. pielikums), noteicošie ir APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA tehniskās specifikācijas noteikumi (Līguma 1. pielikums). Ja Līguma noteikumi ir pretrunā ar likumā „Par apdrošināšanas līgumu” noteikto, noteicošās ir likumā „Par apdrošināšanas līgumu” noteiktās prasības. Tā, piemēram, Apdrošinātais Darbinieks ārsta norīkojumu un citu medicīnisku dokumentāciju iesniedz tikai gadījumos, ja to apdrošinātajam Darbiniekam atsevišķi pieprasa APDROŠINĀTĀJS.
- 1.6. Līguma 1.2. punktā norādīto personu veselības apdrošināšanas polises termiņš ir viens gads. Polise ir spēkā ar **2017. gada 20. janvāra** un darbojas visu Līguma darbības termiņu, tas ir **līdz 2018. gada 19. janvārim (ieskaitot)** visā Latvijas Republikas teritorijā 24 (divdesmit četras) stundas diennaktī.
- 1.7. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS, vēlākais 15 (piecpadsmit) dienu laikā no Līguma noslēgšanas brīža, vienojoties ar APDROŠINĀTĀJU, sastāda to apdrošināmo Darbinieku sarakstu, kas par saviem līdzekļiem iegādājas papildprogrammas, norāda apdrošināmo Darbinieku skaitu, vārdu, uzvārdu, personas kodu, apdrošināšanas programmu un apdrošināšanas prēmiju. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS iesniedz APDROŠINĀTĀJAM sarakstu elektroniskā veidā, nosūtot to uz e-pasta adresi: Irina.Mišina@baltikums.lv.
- 1.8. APDROŠINĀTĀJS trīs darba dienu laikā pēc apdrošināmo Darbinieku saraksta saņemšanas iesniedz APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM Polises pielikumu par apdrošināmo Darbinieku apdrošināšanu atbilstoši papildprogrammu nosacījumiem. Šajā Līguma punktā minēto apdrošināmo Darbinieku individuālās veselības apdrošināšanas kartes un apdrošināšanas programmu detalizētu aprakstu, APDROŠINĀTĀJS saskaņā ar APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA izvēlēto polišu apmaksas veidu papildprogrammu iegādei vienlaicīgi ar Polises pielikumu iesniedz APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM vai atbilstoši APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA iepriekš sniegtiem norādījumiem, izsniedz personīgi apdrošināmajam Darbiniekam APDROŠINĀTĀJA birojā — _____ ja ir veikta apdrošināšanas prēmiju apmaksa, kas aprēķināta atbilstoši Līguma noteikumiem.
- 1.9. Līgums ir spēkā no **2017. gada 20. janvāra** līdz **2018. gada 19. janvārim** (ieskaitot) un līdz savstarpējo saistību izpildei.

2. Apdrošinājuma summa un apdrošināšanas prēmija

- 2.1. Gada apdrošināšanas prēmijas par apdrošināšanas pakalpojumiem Darbiniekiem, tiek noteiktas atbilstoši finanšu piedāvājumam (Līguma 3. pielikums), bet apdrošinājuma summas – atbilstoši APDROŠINĀTĀJA tehniskajam piedāvājumam (Līguma 2. pielikums). Finanšu piedāvājumā norādītās apdrošināšanas prēmijas apmērs Līguma laikā nevar tikt paaugstinātas, pamatojoties uz jebkādiem APDROŠINĀTĀJA norādītiem subjektīviem vai objektīviem apstākļiem.
- 2.2. Gada apdrošināšanas prēmija katram Darbiniekam, ko no saviem līdzekļiem sedz APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS, ir norādīta Darbinieku sarakstā.
- 2.3. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS samaksā uz Līguma noslēgšanas brīdi apdrošināto Darbinieku kopējo gada Prēmiju, kura norādīta Darbinieku sarakstā, ar vienu maksājumu 10 (desmit) kalendāro dienu laikā no attiecīgā rēķina saņemšanas datuma saskaņā ar polisē norādīto apmaksas termiņu. APDROŠINĀTĀJS izsniedz apdrošinājuma ņēmējam rēķinu kopā ar Polisi vai Polises pielikumiem.
- 2.4. Rēķins tiek uzskatīts par samaksātu brīdī, kad APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS ir veicis bankas pārskaitījumu uz APDROŠINĀTĀJA rēķinā norādīto bankas kontu.
- 2.5. Darbinieku, kas iegādājas papildus programmas gada apdrošināšanas prēmijas par apdrošināšanas pakalpojumiem un gada apdrošinājuma summas tiek noteiktas atbilstoši finanšu piedāvājumam (Līguma 3. pielikums). Gada apdrošināšanas prēmiju Darbinieki, kas iegādājas papildprogrammas, sedz no saviem personīgajiem finanšu līdzekļiem vienā maksājumā samaksājot par izvēlēto papildprogrammu 10 (desmit) kalendāro dienu laikā no rēķina saņemšanas datuma saskaņā ar polisē norādīto apmaksas termiņu pārskaitot to uz APDROŠINĀTĀJA rēķinā norādīto bankas kontu. APDROŠINĀTĀJS izsniedz Darbiniekam, kas iegādājas papildprogrammas rēķinu kopā ar Polisi vai Polises pielikumiem. Rēķins tiek uzskatīts par samaksātu brīdī, kad Apdrošinātais Darbinieks, kas iegādājas papildprogrammas par saviem līdzekļiem, ir veicis bankas pārskaitījumu uz APDROŠINĀTĀJA rēķinā norādīto bankas kontu.
- 2.6. Līguma kopējā summa var nesasniegt, bet nedrīkst pārsniegt **EUR 29 905.20 (divdesmit deviņi tūkstoši deviņi simti pieci euro, 20 centi)** bez pievienotās vērtības nodokļa.

3. APDROŠINĀTĀJA un APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA papildus tiesības un pienākumi

- 3.1. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS:
 - 3.1.1. ievēro Līgumu;
 - 3.1.2. izsniedz katram apdrošinātajam Darbiniekam APDROŠINĀTĀJA iepriekš sagatavoto un iesniegto individuālo veselības apdrošināšanas karti, t.sk. detalizētu Programmu aprakstu;
 - 3.1.3. paziņo APDROŠINĀTĀJAM 1 (vienu) reizi mēnesī līdz 19. datumam par nepieciešamajiem Darbinieku saraksta grozījumiem, ja jāapdrošina Darbinieka, kas nav minēts Darbinieku sarakstā, veselība, vai, ja Darbinieks ir atbrīvots no amata un APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS vēlas pārtraukt

apdrošināšanas pakalpojumus apdrošinātajam Darbiniekam, pēc kā tiek veikta 3.2.3. un 3.2.4. apakšpunktos noteiktā procedūra. Gadījumā, ja tiek pārtraukta Darbinieka apdrošināšana, APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS iesniedz APDROŠINĀTĀJAM arī bijušā Darbinieka karti;

- 3.1.4. apdrošināšanas karšu izsniegšanas brīdī nodrošina, ka apdrošinātais Darbinieks paraksta APDROŠINĀTĀJA sagatavotu apliecinājumu, ka Darbinieks iepazīstināts ar individuālās apdrošināšanas kartes lietošanas kārtību, Noteikumiem un šī Līguma noteikumiem, un, parakstot šo apliecinājumu, saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu pilnvaro APDROŠINĀTĀJU kā sistēmas pārzini un personas datu operatoru saņemt no citām juridiskām vai fiziskām personām, kā arī apstrādāt tā personas datus, tostarp sensitīvos personas datus un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodus, ar mērķi nodrošināt Līguma izpildi;
- 3.1.5. apdrošināšanas Prēmijas samaksu par apdrošinātajiem Darbiniekiem veic 10 (desmit) kalendāro dienu laikā pēc APDROŠINĀTĀJA rēķina un Darbinieku individuālo veselības apdrošināšanas karšu saņemšanas.

3.2. APDROŠINĀTĀJS:

- 3.2.1. ievēro Līgumu, nodrošina APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA norādītajiem apdrošināmajiem Darbiniekiem medicīnisko pakalpojumu saņemšanu un apdrošināšanas atlīdzību izmaksu atbilstoši šī Līguma APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA tehniskās specifikācijas (Līguma 1.pielikums), kā arī APDROŠINĀTĀJA tehniskā piedāvājuma (Līguma 2. pielikums) un APDROŠINĀTĀJA finanšu piedāvājuma (Līguma 3. pielikums) nosacījumiem;
- 3.2.2. iesniedz APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM vai apdrošinātajiem Darbiniekiem Līguma 1.4. punktā noteiktos dokumentus;
- 3.2.3. attiecībā uz apdrošināšanas uzsākšanu:
 - 3.2.3.1. Polises darbības laikā, ne retāk kā 1 (vienu) reizi mēnesī līdz 20. datumam apdrošina to Darbinieku veselību, kas iekļaujami apdrošināto personu sarakstā Līguma darbības laikā, ja par tiem līdz kārtējā mēneša 19. datumam ir saņemts APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA pieteikums, kurā norāda apdrošināto sarakstā papildus iekļaujamo Darbinieku vārdu, uzvārdu, personas kodu;
 - 3.2.3.2. Prēmiju par papildu apdrošināmo Darbinieku aprēķina proporcionāli saskaņā ar APDROŠINĀTĀJA tehnisko piedāvājumu (2. pielikums);
 - 3.2.3.3. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM Darbinieku individuālās veselības apdrošināšanas kartes, t.sk. Programmas, izsniedz līdz kārtējā mēneša 25. datumam un tās ir spēkā līdz Polises darbības termiņa beigām;
- 3.2.4. attiecībā uz apdrošināšanas pārtraukšanu:
 - 3.2.4.1. Polises darbības laikā, ne retāk kā 1 (vienu) reizi mēnesī pārtrauc no amata atbrīvoto Darbinieku apdrošināšanu.
 - 3.2.4.2. bijušā Darbinieka apdrošināšanas Prēmijas neizmantoto daļu pamatprogrammā pamatojoties uz APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA

pieteikumu vai nu pārskaita uz APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA bankas norēķinu kontu 14 (četrpadsmit) kalendāro dienu laikā pēc Darbinieka apdrošināšanas pārtraukšanas, vai arī ietur kā avansu turpmākiem apdrošināšanas prēmiju maksājumiem;

3.2.4.3. bijušā Darbinieka apdrošināšanas Prēmijas neizmantoto daļu papildprogrammās, kas iegādāta par Darbinieka personīgajiem līdzekļiem neatmaksā;

3.2.4.4. Darbinieka atbrīvošanas gadījumā, aprēķinot atmaksājamo neizmantotās Prēmijas daļu. Izbeigtas polises atlikušās prēmijas daļu aprēķina proporcionāli saskaņā ar APDROŠINĀTĀJA tehnisko piedāvājumu.

3.2.5. nodrošina plašas Līguma iestāžu izvēles iespējas;

3.2.6. gadījumā, ja no Līgumam pievienotā līguma iestāžu saraksta tiek izslēgta kāda medicīnas iestāde un APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA apdrošinātais Darbinieks, ir saņēmis Programmā noteiktos medicīnas pakalpojumus attiecīgajā medicīnas iestādē, atlīdzību izmaksā saskaņā ar APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA tehniskās specifikācijas nosacījumiem (Līguma 1. pielikums) un atbilstoši APDROŠINĀTĀJA piedāvātās Programmas nosacījumiem līguma iestādēs. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM un APDROŠINĀTĀJAM savstarpēji vienojoties var tikt noteikts cits atlīdzības izmaksas apmērs un/ vai kārtība;

3.2.7. nodrošina iesniegto APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA šī Līguma ietvaros sniegto ziņu neizpaušanu trešajām personām, izņemot gadījumu, ja tas nepieciešams sadarbībā ar ārstniecības iestādi vai ārstniecības personu Līgumā noteikto saistību izpildei, garantē datu aizsardzību saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu, nekavējoties informē APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA kontaktpersonu par informācijas pieprasīšanas un izpaušanas gadījumu;

3.2.8. pēc lēmuma pieņemšanas, bet ne vēlāk kā desmit darba dienu laikā, rakstiski informē Darbinieku, par daļējas apdrošināšanas atlīdzības piešķiršanu vai apdrošināšanas atlīdzības izmaksas atteikumu, norādot atlīdzības apmēru un motivējot atteikuma vai daļējas apmaksas iemeslu;

3.2.9. gadījumā, ja tiek pārtērēti APDROŠINĀTĀJA tehniskajā piedāvājumā (Līguma 2. pielikums) noteiktie limiti, APDROŠINĀTĀJS pārsniegto summu piedzen no apdrošināmās personas (Darbinieka), kas šos limitus pārsniegusi.

3.2.10. nodrošina iespēju Darbiniekiem, piemaksājot starpību no personīgajiem līdzekļiem, iegādāties individuālās veselības apdrošināšanas karti ar paplašinātu segumu 15 (piecpadsmit) dienu laikā no Polises spēkā stāšanās brīža.

4. Pušu atbildība

4.1. Puses viena pret otru ir materiāli atbildīgas par līgumsaistību neizpildi, kā arī par otram Pusei radītiem zaudējumiem, atbilstoši spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem.

- 4.2. Zaudējumu atlīdzināšana neatbrīvo Puses no Līgumā noteikto saistību izpildes.
- 4.3. Par Līgumā un tā pielikumos noteikta samaksas termiņa kavējumu vainīgā Puse maksā otrai Pusei nokavējuma procentus 0,05% (nulle, komats, nulle pieci procenti) apmērā no Līguma kopējās summas.
- 4.4. Līgumsoda samaksa neatbrīvo Puses no saistību izpildes un zaudējumu atlīdzības pienākuma.

5. Nepārvarama vara

- 5.1. Puses tiek atbrīvotas no atbildības par Līguma nepildīšanu, ja tā rodas pēc Līguma noslēgšanas nepārvaramas varas vai ārkārtēju apstākļu ietekmes rezultātā, kurus attiecīgā no Pusēm (vai Puses kopā) nevarēja ne paredzēt, ne novērst, ne ietekmēt, un par kuru rašanos nenes atbildību.
- 5.2. Katra no Pusēm, kuru Līguma ietvaros ietekmē nepārvaramas varas apstākļi, nekavējoties par to informē otru, pēc kā Puses lemj par Līguma turpmāko izpildi.
- 5.3. Ja nepārvarami apstākļi ilgst vairāk nekā trīsdesmit dienas, Puse var vienpusēji izbeigt Līgumu, brīdinot par to otru pusi 1 (vienu) mēnesi iepriekš ar motivētu rakstveida paziņojumu, norādot nepārvaramās varas apstākļus.

6. Strīdu izskatīšanas kārtība

- 6.1. Strīdi, kas rodas Līguma sakarā starp Pusēm, vispirms tiek risināti savstarpējās sarunās. Strīdi vai pretenzijas, kas iesniegtas rakstiski, tiek izskatītas un uz tām tiek sniegtas rakstiskas atbildes 14 (četrpadsmit) kalendāro dienu laikā.
- 6.2. Ja sarunu gaitā strīds nav noregulēts un kāda no Pusēm uzskata, ka tas sarunu gaitā nav iespējams, strīds tiek izšķirts tiesā Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.

7. Līguma pārtraukšana

- 7.1. Līgums var tikt izbeigts likumā „Par apdrošināšanas līgumu”, citos spēkā esošajos normatīvajos aktos un Līgumā noteiktajos gadījumos. Pēc apdrošināšanas gadījuma iestāšanās Līgumu var izbeigt tikai Pusēm atsevišķi rakstiski vienojoties un Līguma 7.2.-7.7. noteiktajos gadījumos un kārtībā.
- 7.2. Pusēm ir tiesības vienpusēji izbeigt Līgumu, ja kāda no Pusēm vairāk par 10 (desmit) dienām pēc otrās Puses rakstiskā brīdinājuma saņemšanas nepilda savas ar šo Līgumu uzņemtās saistības, rakstiski brīdinot otru Pusi par Līguma izbeigšanu vismaz 1 (vienu) mēnesi iepriekš.
- 7.3. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM ir tiesības vienpusēji izbeigt Līgumu, 1 (vienu) mēnesi iepriekš par to brīdinot APDROŠINĀTĀJU, nesedzot zaudējumus, kas APDROŠINĀTĀJAM radušies saistībā ar Līguma izbeigšanu pirms termiņa.
- 7.4. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM ir tiesības vienpusēji nekavējoties izbeigt Līgumu, ja tiesā ierosināts APDROŠINĀTĀJA tiesiskās aizsardzības vai maksātnespējas process.
- 7.5. Pirms termiņa pārtraucot Līgumu, savu spēku zaudē arī saskaņā ar šo Līgumu veiktā Darbinieku apdrošināšana.

- 7.6. Pirms termiņa izbeidzot Līgumu (Līguma 7.1.- 7.4. punkts), Puses līdz Līguma darbības termiņa beigām veic savstarpējos norēķinus atbilstoši likumam „Par apdrošināšanas līgumu”.
- 7.7. Ja Līgumu izbeidz (Līguma 7.1. – 7.4.punkts), attiecīgā Puse, kura vēlas Līgumu izbeigt nosūta otrai Pusei rakstveida paziņojumu par Līguma izbeigšanu.

8. Nobeiguma noteikumi

- 8.1. Visi Līguma grozījumi, labojumi un papildinājumi noformējami rakstveidā, Pusēm savstarpēji vienojoties. Tie pievienojami Līgumam kā pielikumi un kļūst par Līguma neatņemamu sastāvdaļu.
- 8.2. APDROŠINĀTĀJS nekavējoties informē APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJU, ja par APDROŠINĀTĀJU ierosināts maksātnespējas process.
- 8.3. APDROŠINĀTĀJS nekavējoties informē APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJU par tam zināmajiem visiem Līguma izpildes laikā esošajiem sarežģījumiem, kas varētu aizkavēt ar šo Līgumu uzņemto saistību izpildi. Ja APDROŠINĀTĀJS nav nekavējoties informējis APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJU par visiem tam zināmajiem Līguma izpildes laikā esošajiem sarežģījumiem, APDROŠINĀTĀJS apņemas segt tā rezultātā APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM radītos zaudējumus.
- 8.4. Līguma tekstā iekrāsotās vai savādāk izceltās rakstu zīmes attiecas uz teksta pārskatāmību.
- 8.5. Puses nosaka šādas kontaktpersonas šī Līguma ietvaros:
- 8.5.1. no APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA puses Pasūtītāja _____;
- 8.5.2. no APDROŠINĀTĀJA puses:
8.5.2. _____
- 8.6. Līgums sastādīts latviešu valodā divos identiskos eksemplāros uz 43 (četrdesmit trīs) lapām ar 3 (trīs) pielikumiem:
- 8.6.1. 1.pielikums APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA tehniskā specifikācija uz _____ lapām;
- 8.6.2. 2.pielikums APDROŠINĀTĀJA Tehniskais piedāvājums uz _____ lapām;
- 8.6.3. 3.pielikums APDROŠINĀTĀJA Finanšu piedāvājums uz _____; no kuriem viens eksemplārs nodots APDROŠINĀTĀJAM, bet otrs APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM.

9. Pušu rekvizīti un paraksti:

9.1. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS:

9.2. APDROŠINĀTĀJS:

**“BALTIKUMS VIENNA
INSURANCE GROUP” AAS**
Vienotais reģ. numurs 40003387032
Juridiskā adrese: Ūdens iela 12-115,

**Sabiedrisko pakalpojumu
regulēšanas komisija**

Vienotais reģ. numurs 90001162258

Juridiskā adrese: Ūnijas iela 45,

Rīga, LV-1039

Konts: LV09TREL2120640005000

Saņēmēja iestāde: Valsts kase

BIC kods: TREL22

Rīga, LV -1007

Konts: LV67UNLA0001700469739

Banka: SEB banka AS

Bankas kods: UNLALV22

Tehniskā specifikācija

1. Minimālās prasības pamata programmai:

1.1. APDROŠINĀTĀJS iesniedz piedāvājumu polisei, kuras prēmija nepārsniedz EUR 213,43 gadā vienai personai, izsniedzot individuālās apdrošināšanas kartes, kas darbojas kā pilnvērtīgs norēķinu līdzeklis par saņemtajiem pakalpojumiem, t.sk. par darbinieku privātajiem līdzekļiem iegādātajās papildu programmās iekļautajiem pakalpojumiem, visās APDROŠINĀTĀJA līgumiestādēs, un nenosakot ierobežojumus atsevišķu medicīnas iestāžu apmeklējumam. Īpašos gadījumos, kad tas nepieciešams, APDROŠINĀTĀJS var noteikt skaidras naudas norēķinus par kādu no manipulācijām vai procedūrām, taču šāds ierobežojums nevar tikt attiecināts uz kādu no piedāvājuma sadaļām vai veselām pakalpojumu grupām.

1.1.1. Pacienta iemaksas 100% apmērā par visa veida medicīniskajiem pakalpojumiem. Minimālais atlīdzību limits ir EUR 500,- gadā, un tas var tikt iekļauts ambulatorās aprūpes vai stacionārās aprūpes atlīdzību limita summās, neizdalot to atsevišķi.

1.1.2. Ambulatorie maksas pakalpojumi bez ģimenes ārsta nosūtījuma 100% apmērā līgumiestādēs. Minimālais atlīdzību limits ambulatorai aprūpei EUR 450,- gadā, nenosakot apakšlimitus atsevišķiem pakalpojumiem vai pakalpojumu grupām, kas minēti 1.1.2.2.-1.1.2.6.punktos. Programmā iekļaujami šādi pakalpojumi:

- 1.1.2.1. plaša spektra ārstu – speciālistu, t.sk. maksas ģimenes ārstu, konsultācijas, ar minimālo atlīdzību limitu vismaz EUR 30,- par vienu vizīti, nenosakot ierobežojumus apmeklējamo speciālistu klāstam, izņemot atsevišķus speciālistus, kas minēti APDROŠINĀTĀJA programmas noteikumos iekļautajā izņēmumu sarakstā;
- 1.1.2.2. ārstu mājas vizītes;
- 1.1.2.3. medicīniskās procedūras, t.sk. injekcijas, infūzijas, blokādes, pārsiešanas u.c.;
- 1.1.2.4. plaša spektra laboratoriskie izmeklējumi;
- 1.1.2.5. plaša spektra diagnostiskie (instrumentālie) izmeklējumi;
- 1.1.2.6. augsta līmeņa speciālistu, t.sk. profesoru un docentu, konsultācijas ne mazāk kā EUR 35,- apmērā par katru vizīti;
- 1.1.2.7. magnētiskā rezonanse un kompjūtertomogrāfija. Sadaļas limits, ja tāds tiek noteikts, nevar būt mazāks par EUR 150,-;
- 1.1.2.8. maksas ambulatorā rehabilitācija ar minimālo limitu EUR 130,- t.sk. masāža, viens kurss 10 reizēm ar minimālo limitu EUR 13,- par reizi, nenosakot īpašus ierobežojumus medicīniskajām indikācijām šo pakalpojumu saņemšanai.

1.1.3. Valsts un privātā neatliekamā palīdzība 100% apmērā.

1.1.4. Stacionāra maksas pakalpojumi bez ģimenes ārsta nosūtījuma 100% apmērā līgumiestādēs. Minimālais atlīdzību limits stacionārai aprūpei un vienam saslimšanas vai stacionēšanās gadījumam ir EUR 450,-. Programmā iekļaujami šādi pakalpojumi:

- 1.1.4.1. uzturēšanās maksa, t.sk. maksa par paaugstināta servisa palātu;
- 1.1.4.2. ārstnieciskās manipulācijas, diagnostika, procedūras un operācijas.

1.1.5. Atlīdzību limiti pamata programmas pakalpojumu grupām var tikt arī apvienoti, neizdalot tos atsevišķi vai arī saglabājot tikai dažus no tiem. Kopējais minimālais gada atlīdzību limits pamata programmai katram darbiniekam ir EUR 1400,-.

2. Minimālās prasības papildprogrammai Nr.1 – “Zobārstniecība”:

2.1. Zobārstniecība ar 50% atlaidi.

2.2. Minimālais atlīdzību limits zobārstniecības pakalpojumu klāstam ir EUR 150,- Programmā iekļaujami šādi pakalpojumi:

- 2.2.1. ārsta – speciālista konsultācijas un ārstēšanās plāna sastādīšana;
- 2.2.2. zobu higiēna 2 x gadā;
- 2.2.3. rentgeni;
- 2.2.4. anestēzija;
- 2.2.5. ķirurģiskā ārstēšana;
- 2.2.6. terapeitiskā ārstēšana, t.sk. zobu plombēšana ar jebkura tipa materiāliem.

3. Minimālās prasības papildprogrammai Nr.2 – “Sports”:

3.1. Veselības veicināšanas (sporta) pasākumi 4 reizes mēnesī ar EUR 5,- minimālo limitu vienai apmeklējuma reizei;

3.2. Kopējais minimālais gada atlīdzību limits ir EUR 240,-. Programmā iekļaujami šādi pakalpojumi:

- 3.2.1. baseins;
- 3.2.2. aerobika, t.sk. jogas nodarbības sporta klubā;
- 3.2.3. trenāžieru zāle;
- 3.2.4. 1 (viens) un 3 (trīs) mēnešu abonementu apmaksā ne mazāk kā noteiktā reižu skaita un piedāvātā vienas apmeklējuma reizes limita reizinājuma apmērā.

4. Pakalpojumu apmaksas nosacījumi:

4.1. Visiem Tehniskajā specifikācijā ietvertajiem pakalpojumiem, kuri iekļauti Pasūtītāja vai darbinieku iegādātajās polisēs, jābūt pieejamiem pilnā apmērā sākot ar pirmo veselības apdrošināšanas polises darbības dienu un visā tās darbības laikā;

4.2. APDROŠINĀTĀJS nav tiesīgs ierobežot pakalpojuma saņemšanu ar savu līgumiestāžu loku un tam jāapmaksā programmā iekļautie Pasūtītāja darbinieku

saņemtie pakalpojumi, kurus sniedzis Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem atbilstoši reģistrēts pakalpojumu sniedzējs;

4.3. Ja līgumā paredzētos un Pasūtītāja polisē iekļautos pakalpojumus apdrošinātās personas saņēmušas iestādēs, kas nav APDROŠINĀTĀJA līgumiestādes, APDROŠINĀTĀJAM jānodrošina čeku apmaksa ne vēlāk kā 10 (desmit) kalendāro dienu laikā no visu nepieciešamo dokumentu iesniegšanas brīža, izmaksājot apdrošināšanas atlīdzību ar pārskaitījumu uz atlīdzības pieteikumā norādīto apdrošinātās personas bankas kontu vai arī skaidrā naudā, ja to paredz APDROŠINĀTĀJA piedāvājums;

4.4. APDROŠINĀTĀJAM jānodrošina iespēja pieteikt atlīdzības elektroniski tiešsaistes režīmā vai nosūtīt ieskenētus dokumentus elektroniski uz APDROŠINĀTĀJA e-pastu. APDROŠINĀTĀJAM jānodrošina elektroniski pieteikto atlīdzības pieteikumu apmaksa ne vēlāk kā 5 (piecu) darba dienu laikā no visu nepieciešamo dokumentu iesniegšanas brīža, izmaksājot apdrošināšanas atlīdzību ar pārskaitījumu uz atlīdzības pieteikumā norādīto apdrošinātās personas bankas kontu.

5. Izmaiņu veikšana polisē:

5.1. APDROŠINĀTĀJAM jānodrošina iespēju Pasūtītājam veikt izmaiņas apdrošināto personu sarakstos ne retāk kā reizi mēnesī visā apdrošināšanas perioda laikā, izslēdzot no tā darbiniekus, kas pārtraukuši darba attiecības un pievienojot jaunus darbiniekus, kuri stājušies darba attiecībās ar Pasūtītāju;

5.2. Darbiniekiem ir tiesības pieteikties polišu uzlabošanai, iekļaujot segumā kādu no papildu pakalpojumiem. Tam darbinieki pieteiksies ne vēlāk kā 15 (piecpadsmit) kalendāra dienu laikā no Pasūtītāju individuālo veselības apdrošināšanas polišu noslēgšanas brīža. Par individuāli izvēlētajiem pakalpojumiem maksājamā prēmija tiek aprēķināta saskaņā ar Finanšu piedāvājuma 2.tabulas nosacījumiem. Samaksu par šiem pakalpojumiem Pasūtītāja darbinieki veic no personīgiem līdzekļiem, pārskaitot naudu pa tiešo iepirkumā uzvarējušajam pretendenta;

5.3. Pasūtītājs ir tiesīgs izveidot vismaz 4 (četras) dažādas programmu variācijas.

APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS:
**Sabiedrisko pakalpojumu
regulēšanas komisija**

APDROŠINĀTĀJS:
**“Baltikums Vienna Insurance
Group” AAS**

Sabiedrisko pakalpojumu
regulēšanas komisijas

“Baltikums Vienna Insurance Group”
AAS

