

VISPĀRĪGĀS VIENOŠANĀS PROJEKTS
VAS „Latvijas Valsts radio un televīzijas centrs” darbinieku veselības un nelaimes
gadījumu apdrošināšanu
LVRTC Nr. 2017-122

Vienošanās sagatavošanas vieta un datums ir Rīgā, 2017.gada 18.augusts.

Vienošanās parakstīšanas datums ir pēdējā pievienotā droša elektroniskā paraksta laika zīmoga datums

Apdrošināšanas akciju sabiedrība „BALTA”, vienotais reģistrācijas Nr.40003049409, tās [redacted] personā, kura rīkojas saskaņā ar [redacted], turpmāk šīs vienošanās tekstā saukts **Apdrošinātājs**, no vienas puses, un

Valsts akciju sabiedrība „Latvijas Valsts radio un televīzijas centrs”, vienotais reģistrācijas Nr.40003011203, tās [redacted] personā, kuri rīkojas saskaņā ar sabiedrības statūtiem, turpmāk šīs vienošanās tekstā saukts **Pasūtītājs**, no otras puses, abi kopā un katrs atsevišķi turpmāk šīs vienošanās tekstā saukti par Līdzēju vai Līdzējiem,

pamatojoties uz VAS “Latvijas Valsts radio un televīzijas centrs” rīkotā atklātā konkursa “VAS “Latvijas Valsts radio un televīzijas centrs” darbinieku veselības un nelaimes gadījumu apdrošināšana” (ID. Nr. LVRTC-2017/12), turpmāk šīs vienošanās tekstā saukts Konkurss, rezultātiem un Apdrošinātāja iesniegto piedāvājumu, noslēdz šādu vispārīgo vienošanos (turpmāk tekstā – Vienošanās vai Vispārīgā vienošanās):

1. VIENOŠANĀS PRIEKŠMETS

- 1.1. Pasūtītājs pasūta un Apdrošinātājs veic Pasūtītāja darbinieku veselības un nelaimes gadījumu apdrošināšanu (turpmāk tekstā – Pakalpojums) saskaņā ar Vienošanos, Konkursa nolikumu un Konkursā iesniegto Apdrošinātāja Tehnisko un Finanšu piedāvājumu (turpmāk tekstā – Piedāvājums), kas ir šīs Vienošanās neatņemama sastāvdaļa.
- 1.2. Apdrošināmo darbinieku skaits Vienošanās darbības laikā veselības apdrošināšanā ir 270 (divi simti septiņdesmit) darbinieki, bet nelaimes gadījumu apdrošināšanā ir 65 (sešdesmit pieci) darbinieki.
- 1.3. Ievērojot Publisko iepirkumu likuma 61.panta piekto daļu, ir iespējami grozījumi šajā Vienošanās, ja grozījumu vērtība, ko noteic kā secīgi veikto grozījumu naudas vērtības summu, vienlaikus nepārsniedz 10 (desmit) procentus no sākotnējās Vienošanās līgumcenas (summas), kā arī nepārsniedz veiktā iepirkuma noteikto līgumcenas robežu. Norādītie grozījumi iespējami, ja Pasūtītājam, ņemot vērā tā saimnieciskās darbības vajadzības, būs nepieciešams papildu darbinieku veselības un nelaimes gadījumu apdrošināšana.
- 1.4. Apdrošinātājs sniedz Pakalpojumu atbilstoši šīs Vienošanās noteikumiem.

2. VIENOŠANĀS IZPILDES KĀRTĪBA UN TERMIŅŠ

- 2.1. Vienošanās stājas spēkā ar tā abpusējas parakstīšanas brīdi un ir spēkā līdz saistību pilnīgai izpildei.
- 2.2. Pasūtītājs pēc Vienošanās spēkā stāšanās, bet ne vēlāk kā 3 (trīs) darba dienu laikā sagatavo un nosūta Apdrošinātājam apdrošināmo darbinieku sarakstu, kurā norāda apdrošināmo skaitu, katra apdrošināmā vārdu, uzvārdu, personas kodu, nepieciešamo apdrošināšanas veidu (veselības apdrošināšana un/vai nelaimes gadījumu apdrošināšana), kā arī apdrošināmā darbinieka izvēlēto papildus programmu/programmas par personīgajiem līdzekļiem. Apdrošināmo personu sarakstu Excel formātā, kas parakstīts ar drošu elektronisko parakstu elektroniskā veidā nosūta Pasūtītāja kontaktpersona Jevgenija

Vološina no e-pasta adreses [redacted] uz Apdrošinātāja kontaktpersonas e-pasta adresi: [redacted]

- 2.3. Pēc apdrošināmo darbinieku saraksta saņemšanas, Apdrošinātājs ne vēlāk kā 3 (trīs) darba dienu laikā iesniedz Pasūtītājam veselības apdrošināšanas polisi un nelaimes gadījumu apdrošināšanas polisi (turpmāk – Polises), kas kļūst par šīs Vienošanās neatņemamu sastāvdaļu, apdrošināto darbinieku individuālās veselības apdrošināšanas kartes (turpmāk – Kartes) un apdrošināšanas programmu detalizētu aprakstu, t.sk. informāciju par apdrošināšanas atlīdzības saņemšanas kārtību un noteikumiem, iestājoties apdrošināšanas gadījumam. Apdrošinātāja aktuālais līguma iestāžu saraksts un atlīdzības pieteikuma veidlapas ir pieejami Apdrošinātāja mājas lapā www.balta.lv.
- 2.4. Polišu darbības termiņš 1 (viens) gads no to spēkā stāšanās dienas un tas ir no 2017. gada 24. augusta līdz 2018. gada 23. augustam.
- 2.5. Pasūtītājs un Apdrošinātājs vienojas, ka attiecībā uz darbinieku veselības apdrošināšanu Pasūtītājs visiem iegādājas vienādu, Piedāvājumā norādīto 1.līmeņa pamata programmu, bet Piedāvājumā norādīto papildus programmu iegāde apdrošināmajiem darbiniekiem tiek piedāvāta izvēles veidā, apmaksu veicot no apdrošināto personīgajiem līdzekļiem.
- 2.6. Apdrošināto ģimenes locekļu veselības apdrošināšana un apdrošināto, kas vēlas iegādāties kādu no veselības apdrošināšanas papildus programmām par personīgajiem līdzekļiem, Polises un Karšu noformēšana tiek veikta saskaņā ar Piedāvājumā noteikto kārtību, ievērojot Vienošanās 2.3.punktā noteiktos apdrošināto Polišu un Karšu iesniegšanas termiņus Pasūtītājam.
- 2.7. Jebkāda ar šo Vienošanos saistīta un jebkurā formā pieejama informācija vai citāda veida dati, tai skaitā Apdrošinātāja sagatavotie materiāli, izņemot tādus materiālus, kas satur Apdrošinātāja komercnoslēpumu, pieder Pasūtītājam un ir tā īpašums. Apdrošinātājam nav tiesību jebkādā veidā ierobežot Pasūtītāja tiesības brīvi un pēc saviem ieskatiem rīkoties ar tiem.
- 2.8. Gadījumā, ja Apdrošinātāja apdrošināšanas standarta noteikumi atšķiras no iepirkuma nolikuma minimālajām tehniskajām prasībām, Apdrošinātājs standarta noteikumos veic izmaiņas. Izmaiņas var tikt noformētas kā atbilstošs pielikums pie apdrošināšanas noteikumiem. Neatbilstību gadījumā par korektām un Pasūtītāja vajadzībām atbilstošām prasībām tiks uzskatītas tehniskās specifikācijas minimālajās prasībās (Nolikuma 3.3.punkts) minētās prasības
- 2.9. Iepirkuma nolikuma tehniskās specifikācijas minimālajās prasībās, Iepirkuma nolikuma tehniskās specifikācijas minimālās prasības ir vadošas un nosaka attiecības starp Līdzējiem.

3. APDROŠINĀJUMA SUMMAS, APDROŠINĀŠANAS PRĒMIJA UN NORĒĶINU KĀRTĪBA

- 3.1. Apdrošināšanas perioda apdrošināšanas prēmija par Pakalpojumu vienam apdrošinātajam tiek noteikta atbilstoši Apdrošinātāja iesniegtā Piedāvājuma daļai „Finanšu piedāvājums”, bet gada apdrošinājuma summas – atbilstoši Piedāvājuma daļai „Tehniskais piedāvājums”.
- 3.2. Apdrošināšanas perioda apdrošināšanas prēmija par Pakalpojumu, kā arī Piedāvātā pakalpojuma apdrošinājuma summas vienam apdrošinātajam tiek norādītas arī Polīsēs. Piedāvātā pakalpojuma apdrošinājuma summas vienam apdrošinātajam tiek norādītas arī katram apdrošinātajam apdrošināšanas programmu detalizētajā aprakstā.
- 3.3. Piedāvājumā norādītās apdrošinājuma summas un apdrošināšanas prēmijas vienam apdrošinātajam Vienošanās darbības laikā nevar tikt mainītas, pamatojoties uz jebkādiem Apdrošinātāja norādītiem subjektīviem vai objektīviem apstākļiem.
- 3.4. Kopējā apdrošināšanas prēmija (līgumcena) par darbinieku veselības un nelaimes gadījumu apdrošināšanu ir EUR 103 332.04 (viens simts trīs tūkstoši trīs simti trīsdesmit divi euro , 04 euro centi), tajā skaitā:

- 3.4.1. veselības apdrošināšanas 1. līmeņa pamata programma līdz 270 (divi simti septiņdesmit) darbiniekiem ir EUR 102 060.00 (viens simts divi tūkstoši sešdesmit euro, 00 euro centi);
- 3.4.2. nelaimes gadījumu apdrošināšana 65 (sešdesmit pieciem) darbiniekiem ir EUR 1272.04 (viens tūkstotis divi simti septiņdesmit divi euro, 04 euro centi);
- 3.5. Apdrošināšanas prēmiju Pasūtītājs maksā 4 (četros) līdzvērtīgos maksājumos (viens maksājums reizi ceturksnī), 10 (desmit) darba dienu laikā pēc rēķina saņemšanas dienas. Prēmija tiek maksāta atbilstoši faktiski sniegtajam Pakalpojumam, ievērojot faktiski apdrošināto darbinieku skaitu katrā no apdrošināšanas veidiem.
- 3.6. Apdrošināšanas prēmiju par apdrošināto darbinieku ģimenes locekļu apdrošināšanu un apdrošināto darbinieku iegādātajām papildus programmām samaksā apdrošinātās personas tieši Apdrošinātājam pilnā apmērā, vienā maksājumā, saskaņā ar Apdrošinātāja izsniegto rēķinu, bez Pasūtītāja starpniecības.
- 3.7. Apdrošinātājs rēķinus sagatavo elektroniskā veidā un iesniedz atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu sagatavošanu. Apdrošinātājs sagatavoto rēķinu nosūta elektroniskā veidā no Apdrošinātājā kontaktpersonas e-pasta adreses [redacted] uz Pasūtītāja e-pasta adresi [redacted]
- 3.8. Rēķinā obligāti jānorāda Vienošanās numurs, saskaņā ar kuru rēķins ir izrakstīts.
- 3.9. Šajā Vienošanās noteiktie maksājumi uzskatāmi par izdarītiem maksājuma uzdevumos norādītajos datumos. Maksājumi tiek veikti ar pārskaitījumu uz Vienošanās norādītajiem norēķinu kontiem.

4. LĪDZĒJU TIESĪBAS UN PIENĀKUMI

- 4.1. Apdrošinātājs:
 - 4.1.1. Ievēro Vienošanās un Piedāvājuma nosacījumus.
 - 4.1.2. Nodrošina Pasūtītāja apdrošinātajiem darbiniekiem un apdrošinātajiem ģimenes locekļiem Pakalpojuma saņemšanu atbilstoši Vienošanās un Piedāvājuma nosacījumiem.
 - 4.1.3. Pēc Vienošanās noslēgšanas izsniedz Pasūtītājam Vienošanās 2.3.punktā noteiktos dokumentus.
 - 4.1.4. Attiecībā uz Veselības apdrošināšanu apņemas apdrošināt apdrošināto darbinieku ģimenes locekļus, atbilstoši Vienošanās un Piedāvājumā norādītajā kārtībā un termiņos, tajā skaitā piemērojot Piedāvājumā norādītās veselības apdrošināšanas pamata programmas (1. vai 2. līmeņa) un papildus programmas, kā arī, piemērojot Piedāvājumā norādītās prēmijas.
 - 4.1.5. Maksā apdrošināšanas atlīdzību likumā „Par apdrošināšanas līgumu”, Vienošanās un Piedāvājumā minētajos gadījumos, apmērā, kārtībā un termiņā.
 - 4.1.6. Pēc Pasūtītāja rakstiska pieprasījuma ne retāk kā vienu reizi mēnesī apdrošināto sarakstā iekļauj jaunus Pasūtītāja apdrošinātos darbiniekus vai izslēdz no apdrošināto saraksta apdrošinātos, kuri pārtraukuši darba attiecības ar Pasūtītāju. Prēmiju par jauniem apdrošinātajiem darbiniekiem, kā arī atgriežamo prēmiju par neizmantoto periodu attiecībā uz izslēgtajiem apdrošinātajiem aprēķina saskaņā ar nosacījumiem, kas iekļauti Piedāvājumā. Izmaiņas apdrošināto sarakstā noformē 3 (trīs) darba dienu laikā pēc pieprasījuma saņemšanas, ievērojot Pasūtītāja norādīto nepieciešamo izmaiņu spēkā stāšanās datumu.
 - 4.1.7. Polišu darbības laikā apdrošinot Pasūtītāja norādītos jaunus darbiniekus, nodrošina iespēju veikt arī šo apdrošināto darbinieku ģimenes locekļu veselības apdrošināšanu. Apdrošināšanas prēmija šādā gadījumā tiek noteikta pilnas gada apdrošināšanas prēmijas apmērā saskaņā ar Piedāvājumā norādītajām prēmijām.

- 4.1.8. Nav tiesīgs pārtraukt apdrošinātā ģimenes locekļa Karti gadījumā, ja sakarā ar darba tiesisko attiecību izbeigšanu tiek izbeigta attiecīgā darbinieka Karte.
 - 4.1.9. Nav tiesīgs saņemt papildus samaksu no Pasūtītāja par izmaiņu veikšanu Polisēs (tai skaitā visos pielikumos un Apdrošināto sarakstos), kā arī veikt ieturējumus no atgriežamām neizmantotajām apdrošināšanas prēmijām;
 - 4.1.10. Nav tiesīgs samazināt un/vai pasliktināt Piedāvājumā norādītā pakalpojuma apjomu un kvalitāti, kā arī jebkādā veidā Vienošanās darbības laikā grozīt nosacījumus attiecībā uz pašu piedāvāto Pakalpojumu un tā sniegšanas kārtību, pasliktinot Pasūtītāja stāvokli.
 - 4.1.11. Veic uzskaiti par apdrošināto izmantoto pakalpojumu apjomu, uzrauga, lai tas nepārsniegtu šajā Vienošanās un Piedāvājumā noteiktās apdrošinājuma summas, kā arī pēc Pasūtītāja rakstiska pieprasījuma, ne vēlāk kā 7 (septiņu) darba dienu laikā no pieprasījuma saņemšanas iesniedz Pasūtītājam atskaiti par Apdrošināto kopējo izmantoto pakalpojumu apmēru attiecīgajā laika periodā.
 - 4.1.12. Nodrošina Pasūtītāja iesniegtā apdrošināmo saraksta neizpaušanu trešajām personām, garantē datu aizsardzību saskaņā ar Latvijas Republikā spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem, tajā skaitā Fizisko personu datu aizsardzības likumu.
 - 4.1.13. Nekavējoties, bet ne vēlāk kā 5 (piecu) darba dienu laikā rakstveidā informē Pasūtītāju, ja Vienošanās izpildes laikā tiesā tiek ierosināta Apdrošinātāja maksātspējas vai tiesiskās aizsardzības (ārpustiesas tiesiskās aizsardzības) procesa lieta, Apdrošinātāja saimnieciskā darbība tiek apturēta vai tiek mainīti rekvizīti.
- 4.2. Pasūtītājs:
- 4.2.1. Ievēro Vienošanās un Piedāvājuma nosacījumus.
 - 4.2.2. Pēc Vienošanās noslēgšanas iesniedz Apdrošinātājam Vienošanās 2.2.punktā norādīto informāciju.
 - 4.2.3. Veic maksājumus Apdrošinātājam šajā Vienošanās noteiktā apmērā un kārtībā.
 - 4.2.4. Papildus jebkuram rakstiskam dokumentam, kas attiecas uz apdrošināmajām /apdrošinātajām personām, iesniedz Apdrošinātājam arī tā elektronisko versiju, nosūtot uz Apdrošinātāja kontaktpersonas e-pasta adresi: [redacted] un [redacted].
 - 4.2.5. Informē apdrošināto sarakstā iekļautos par to, ka viņi tiek apdrošināti, kā arī par to, uz kādiem nosacījumiem tiek apdrošināti.
 - 4.2.6. Ir tiesīgs atbilstoši Piedāvājumā noteiktajai kārtībai ne retāk kā vienu reizi mēnesī apdrošināto sarakstā iekļaut jaunus apdrošinātos darbiniekus vai izslēgt no apdrošināto saraksta apdrošinātos, kuri pārtraukuši darba attiecības ar Pasūtītāju.
 - 4.2.7. Nosūtot rakstisku paziņojumu Apdrošinātājam par nepieciešamajām izmaiņām apdrošināto sarakstā, norāda nepieciešamo izmaiņu spēkā stāšanās datumu, ievērojot, ka tas nevar būt ātrāks kā nākamā diena pēc paziņojuma nosūtīšanas datuma.
 - 4.2.8. Vienlaicīgi ar paziņojuma nosūtīšanu par kāda apdrošinātā izslēgšanu no apdrošināto saraksta, iesniedz (nosūta) Apdrošinātājam arī šī apdrošinātā Karti.
 - 4.2.9. Ir tiesīgs kontrolēt Vienošanās izpildes gaitu un pieprasīt no Apdrošinātāja kontroles veikšanai nepieciešamo informāciju, izņemot datus par apdrošināto veselības stāvokli.
 - 4.2.10. Nekavējoties, bet ne vēlāk kā 5 (piecu) darba dienu laikā rakstveidā informē Pasūtītāju, ja Vienošanās izpildes laikā tiesā tiek ierosināta Apdrošinātāja maksātspējas vai tiesiskās aizsardzības (ārpustiesas tiesiskās aizsardzības) procesa lieta, Apdrošinātāja saimnieciskā darbība tiek apturēta vai tiek mainīti rekvizīti.

5. LĪDZĒJU ATBILDĪBA

- 5.1. Līdzēji ir atbildīgi par otram Līdzējam nodarītajiem zaudējumiem, ja tie radušies viena Līdzēja vai tā darbinieku, kā arī šī Līdzēja Vienošanās izpildē iesaistīto trešo personu, izņemot ārstniecības iestāžu un personu, darbības vai bezdarbības, tai skaitā rupjas neuzmanības, ļaunā nolūkā izdarīto darbību vai nolaidības rezultātā.
- 5.2. Ja Pasūtītājs Vienošanās darbības laikā konstatē, ka Apdrošinātāja sniegtais Pakalpojums neatbilst atklātā konkursā „VAS “Latvijas Valsts radio un televīzijas centrs” darbinieku veselības un nelaimes gadījumu apdrošināšana” (ID Nr. LVRTC-2017/12) iepirkuma nolikumam un iesniegtajam Piedāvājumam un Pasūtītājs ir iesniedzis rakstisku pretenziju par nepamatoti neapmaksātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, Apdrošinātājs maksā Pasūtītājam līgumsodu 0.2% (nulle komats divi procenti) apmērā kopējās Vienošanās summas par katru nepienācīgu pakalpojuma sniegšanas vai kavējuma dienu, pārskaitot to uz Pasūtītāja Vienošanās norādīto bankas kontu ne vēlāk kā 10 (desmit) darba dienu laikā no šajā punktā minētā pieprasījuma nosūtīšanas vai ieturot to no nākamajiem Apdrošinātājam veicamiem maksājumiem. Līgumsods nav jāmaksā, ja pretenzijā minētie Vienošanās pārkāpumi 10 (desmit) darba dienu laikā no pretenzijas saņemšanas brīža ir novērsti. Līgumsoda apmērs nevar pārsniegt 10% (desmit procenti) no kopējās Vienošanās summas.
- 5.3. Pasūtītājam, iepriekš nebrīdinot Apdrošinātāju, ir tiesības vienpusēji izbeigt Vienošanos ar Apdrošinātāju, ja Apdrošinātājs ne mazāk kā vienu mēnesi nav ievērojis Vienošanās un Piedāvājumā noteiktās prasības attiecībā uz Pakalpojuma sniegšanu, tajā skaitā ja attiecībā uz veselības apdrošināšanu Apdrošinātāja līguma iestādēs apdrošinātajiem nav iespējams saņemt apdrošināšanas segumā iekļautos pakalpojumus uzrādot Karti. Ja Vienošanās tiek lauzta šajā punktā noteiktajā gadījumā, Apdrošinātājs maksā Pasūtītājam līgumsodu 10% apmērā no apdrošināšanas prēmijas daļas par neizmantoto apdrošināšanas periodu. Šajā gadījumā Apdrošinātājam ir pienākums izmaksāt arī apdrošināšanas atlīdzības par apdrošināšanas gadījumiem, kuri iestājušies attiecīgās Polises darbības laikā.
- 5.4. Vienošanās izbeigšanas gadījumā Pasūtītājs Apdrošinātājam ierakstītā vēstulē ar parakstu par saņemšanu nosūta motivētu paskaidrojumu par Vienošanās izbeigšanas iemesliem.
- 5.5. Ja Apdrošinātājs Vienošanās darbības laikā konstatē, ka Pasūtītājs kavē Vienošanās 3.4.punktā noteikto maksājumu termiņu izpildi un Apdrošinātājs ir iesniedzis rakstisku pretenziju par kavētajiem maksājumu termiņiem, Pasūtītājs maksā līgumsodu 0.2% (nulle komats divi procenti) apmērā no nesamaksātās summas par katru kavējuma dienu, pārskaitot to uz Apdrošinātāja Vienošanās norādīto kontu ne vēlāk kā 10 (desmit) darba dienu laikā no šajā punktā minētā pieprasījuma nosūtīšanas. Līgumsods nav jāmaksā, ja pretenzijā minētie Vienošanās pārkāpumi 10 (desmit) darba dienu laikā no pretenzijas saņemšanas brīža ir novērsti. Līgumsoda apmērs nevar pārsniegt 10% (desmit procenti) no nesamaksātās summas.
- 5.6. Apdrošinātājam, vismaz vienu mēnesi iepriekš rakstiski brīdinot Pasūtītāju, ir tiesības prasīt Vienošanās izbeigšanu, ja Pasūtītājs ne mazāk kā vienu mēnesi kavē apdrošināšanas prēmijas maksājumus, atbilstoši Vienošanās 3.4.punktā noteiktajam. Ja Vienošanās tiek lauzta šajā punktā noteiktajā gadījumā, Pasūtītājs maksā Apdrošinātājam līgumsodu 10% (desmit procenti) apmērā no apdrošināšanas prēmijas daļas par neizmantoto apdrošināšanas periodu. Ja Apdrošinātājs cita, nevis šajā punktā minēta iemesla dēļ vienpusēji atkāpjas no Vienošanās, tas maksā Pasūtītājam līgumsodu 10% (desmit procenti) no kopējās Vienošanās 3.4.punktā norādītās summas.
- 5.7. Pirms termiņa pārtraucot Vienošanos, ar Vienošanās izbeigšanas dienu savu spēku zaudē arī noslēgtās Polises un attiecībā uz veselības apdrošināšanu arī visas izsniegtās apdrošināto darbinieku Kartes. Vienošanās izbeigšanas gadījumā Pasūtītājam ir pienākums nodrošināt pārtraukto Karšu iesniegšanu Apdrošinātājam.
- 5.8. Vienošanās uzskatāms par izbeigtu ar dienu, kad Pasūtītājs 5.4.punktā noteiktajā kārtībā par Vienošanās izbeigšanu ir informējis Apdrošinātāju vai Apdrošinātājs 5.6.punktā noteiktajā kārtībā par Vienošanās izbeigšanu ir informējis Pasūtītāju, kā arī attiecībā uz veselības apdrošināšanu Pasūtītājs Apdrošinātājam ir iesniedzis vismaz 80% no visām izsniegtajām Kartēm.

- 5.9. Vienošanās izbeigšanas gadījumā, atbilstoši 5.3.punktā norādītajā gadījumā, Apdrošinātājs atmaksā Pasūtītājam apdrošināšanas prēmijas daļu par neizmantoto apdrošināšanas periodu ne vēlāk kā 20 (divdesmit) darba dienu laikā no dienas, kad Pasūtītājs ir veicis 5.7.punktā norādītās darbības.
- 5.10. Ja Apdrošinātājs kavē Vienošanās 5.9. punktā noteikto apdrošināšanas prēmijas daļas par neizmantoto apdrošināšanas periodu atmaksas termiņu, tad attiecīgi Apdrošinātājs maksā Pasūtītājam līgumsodu 1% (viens procents) apmērā par katru nokavējuma dienu no neatgrieztās apdrošināšanas prēmijas par neizmantoto periodu.

6. LĪGUMA DARBĪBAS IZBEIGŠANA

Līgums izbeidzas un zaudē spēku:

- 6.1. Līdzējiem labprātīgi par to vienojoties;
- 6.2. Vienošanās 5.punktā minētajā gadījumā;
- 6.3. Ja viens Līdzējs ir pārkāpis kādu no Vienošanās noteikumiem, otram Līdzējam ir tiesības iesniegt rakstveida pretenziju, kurā tiek norādīts pārkāpums un Vienošanās punkts, kuru pirmais uzskata par pārkāptu. Ikviens no Līdzējiem ir tiesīgs vienpusēji atkāpties no šīs Vienošanās, ja otrs Līdzējs ir pieļāvis Vienošanās pārkāpumu, kas nav novērsts 15 (piecpadsmit) dienu laikā no otra Līdzēja rakstiska paziņojuma saņemšanas dienā, ja Puses par tādu ir vienojušās.

7. NEPĀRVARAMA VARA

- 7.1. Līdzēji tiek atbrīvoti no atbildības par Vienošanās pilnīgu vai daļēju neizpildi, ja šāda neizpilde radusies nepārvaramas varas vai ārkārtēja rakstura apstākļu rezultātā, kuru darbība sākusies pēc Vienošanās noslēgšanas un kurus nevarēja iepriekš ne paredzēt, ne novērst. Pie nepārvaramas varas vai ārkārtēja rakstura apstākļiem pieskaitāmi: stihiskas nelaimes, avārijas, katastrofas, epidēmijas, kara darbība, streiki, iekšējie nemieri, blokādes, varas un pārvaldes institūciju rīcība, normatīvu aktu, kas būtiski ierobežo un aizskar Līdzēju tiesības un ietekmē uzņemtas saistības, pieņemšana un stāšanās spēkā.
- 7.2. Līdzējam, kas atsaucas uz nepārvaramas varas vai ārkārtēja rakstura apstākļu darbību, nekavējoties par šādiem apstākļiem rakstveidā jāziņo otram Līdzējam. Ziņojumā jānorāda, kādā termiņā pēc viņa uzskata ir iespējama un paredzama viņa Vienošanās paredzēto saistību izpilde.
- 7.3. Ar rakstisko vienošanos Puses apliecinās, vai šādi Force Majeure apstākļi traucē vai padara Vienošanās saistību izpildi par neiespējamu, kā arī izlems līgumsaistību turpināšanas (vai izbeigšanas) būtiskos jautājumus, un pievienos šai Vienošanās. Līgumsaistību turpināšanas gadījumā Līdzēji apņemas līgumsaistību termiņu pagarināt proporcionāli tam laika posmam, kas būs vienāds ar iepriekš minēto apstākļu izraisīto kavēšanos. Puse, kas neievēro šo noteikumu, zaudē tiesības atsaukties uz nepārvaramas varas apstākļiem kā uz Vienošanās saistību neizpildes vai nepienācīgas izpildes pamatu.
- 7.4. Ja minēto apstākļu dēļ Vienošanās nedarbojas ilgāk par 3 (trim) kalendārajiem mēnešiem, tad katrai Pusei ir tiesības atteikties no tālākas Vienošanās saistību izpildes. Šajā gadījumā neviena Puse nevar prasīt zaudējumu, kas radusies Vienošanās izbeigšanas rezultātā, atlīdzību otrai Pusei.

8. STRĪDU RISINĀŠANAS KĀRTĪBA

- 8.1. Strīdi, kas rodas Vienošanās sakarā starp Līdzējiem, vispirms tiek risināti savstarpējās sarunās. Strīdi vai pretenzijas, kas iesniegtas rakstiski, tiek izskatītas un uz tām tiek sniegtas rakstiskas atbildes 10 (desmit) darba dienu laikā.

- 8.2. Ja domstarpības nav iespējams atrisināt sarunu ceļā, tās tiks risinātas saskaņā ar spēkā esošajiem Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem, iesniedzot prasības pieteikumu tiesā.
- 8.3. Visos jautājumos, kas nav atrunāti šajā Vienošanās vai tā pielikumos, Līdzējiem pamatojas uz Latvijas Republikas spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem. Ja kāds no Vienošanās vai tā pielikumu noteikumiem ir pretrunā ar spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem, Vienošanās un tā pielikumi ir spēkā tādā apmērā cik tie nav pretrunā ar spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem.

9. KONFIDENCIALITĀTES NOSACĪJUMI

- 9.1. Puses apņemas neizpaust otras Puses konfidenciālu informāciju, izņemot normatīvajos aktos noteiktajos gadījumos un kārtībā.
- 9.2. Puses nosaka konfidenciālas informācijas statusu visai informācijai, kas ir saistīta ar Vienošanās izpildi, kā arī Vienošanās izpildē apstrādātām ziņām. Šīs Vienošanās izpratnē konfidenciāla informācija nozīmē jebkuru kādai Pusei piederošu vai tās lietošanā vai rīcībā esošu informāciju, neatkarīgi no tās formas, uzglabāšanas veida vai citām īpašībām, kuru nododošā Puse nodod vai padara pieejamu saņemošajai Pusei un saņemošā Puse ir ieguvis no nododošās Puses saistībā ar Pušu attiecībām Vienošanās izpildes laikā (turpmāk tekstā – Konfidenciāla informācija).
- 9.3. Puses apņemas neizpaust Konfidenciālu informāciju nevienai trešajai personai, uzņemoties šajā Vienošanās noteikto atbildību par zaudējumiem, kuri varētu rasties nododošajai Pusei, ja nododošā Puse pārkāptu šajā Vienošanās ietvertos apņemšanos.
- 9.4. Saņemošajai Pusei ir tiesības nodot lietošanā Konfidenciālu informāciju saņemošās Puses darbiniekiem vai līgumslēdzējiem tikai tādā apmērā, kādā tas nepieciešams šo personu darba pienākumu pildīšanai, pie tam saņemošajai Pusei ir pienākums nodrošināt, lai jebkura persona, kurai saņemošā Puse šinī punktā noteiktajā kārtībā nodod Konfidenciālu informāciju, ievēro tādas pašas konfidencialitātes saistības, kādas saņemošā Puse ar šo Vienošanos.
- 9.5. Nododošā Puse pilnībā saglabā visas savas tiesības uz Konfidenciālu informāciju, tai skaitā, bet ne tikai – īpašumtiesības, autortiesības un jebkuras citas līdzvērtīgas tiesības, tādējādi saņemošā Puse neiegūst nekādas Vienošanās neminētas tiesības uz Konfidenciālu informāciju.
- 9.6. Saņemošajai Pusei ir tiesības izmantot Konfidenciālu informāciju vienīgi tādiem mērķiem, kādiem tā nodota saņemošajai pusei. Saņemošajai Pusei nav tiesību izmantot saņemto Konfidenciālo informāciju prettiesiskiem vai citam mērķim, kā tā ir saņemta.
- 9.7. Saņemošā Puse apņemas glabāt un aizsargāt Konfidenciālu informāciju un ievērot Konfidenciālas informācijas uzglabāšanas priekšnoteikumus, kas nav vājāki par tādiem, kādus saņemošā Puse piemēro savai informācijai.
- 9.8. Konfidenciālas informācijas izpaušana trešajām personām netiks uzskatīta par pārkāpumu šādos gadījumos:
 - 9.8.1. Konfidenciāla informācija tiek tiesiskā kārtā izpausta vai nodota kompetentām valsts varas vai tiesu iestādēm tiesību aktos noteiktajos gadījumos un kārtībā ar noteikumu, ka saņemošā Puse savu iespēju robežās nekavējoties paziņo par to nododošajai Pusei (ja vien nebūs tiešs kompetento iestāžu aizliegums to darīt);
 - 9.8.2. Konfidenciāla informācija tiek izpausta vai nodota trešajām personām pēc tam, kad šī pati Konfidenciālā informācija neatkarīgi no saņemošās Puses ir tiesiskā kārtā kļuvusi publiski zināma vai brīvi pieejama trešajām personām.
- 9.9. Par konfidencialitātes pārkāpumu netiks uzskatīts un konfidencialitātes pienākums neattiecas uz šādu informāciju:
 - 9.9.1. kura bija zināma kādai no Pusēm pirms tā tika saņemta no otras Puses bez konfidencialitātes pienākuma;
 - 9.9.2. ja kāda no Pusēm to likumīgā kārtā saņem no trešās puses bez konfidencialitātes pienākuma;
 - 9.9.3. kura ir tiesiskā kārtā publiski pieejama pirms šīs Vienošanās noslēgšanas;
 - 9.9.4. kura tiesiskā kārtā kļūst publiski pieejama bez saņēmējas Puses vainas;

- 9.9.5. kura ir nodota saņēmējai Pusei bez konfidencialitātes pienākuma (tas ir, ar tiešu norādi uz konfidencialitātes pienākuma neesamību);
 - 9.9.6. kuru Puse atklāj ar otras Puses iepriekšēju, rakstisku piekrišanu;
 - 9.9.7. kuru saņēmēja Puse ir radījusi neatkarīgi no nododošās Puses.
 - 9.9.8. kuru pieprasa kompetenta iestāde normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.
- 9.10. Saņemošā Puse piekrīt atlīdzināt nododošajai Pusei visus pierādāmos zaudējumus, kas tai radušies, saņemošajai Pusei pārkāpjot vai neievērojot konfidencialitātes saistību noteikumus. Pirms šajā punktā minēto tiesību īstenošanas nododošā Puse informēs saņemošo Pusi par konfidencialitātes pārkāpumu un dos laiku, kas nav mazāks par 5 (piecas) darba dienām, lai novērstu pārkāpumu vai sniegtu skaidrojumu par konfidencialitātes pārkāpumu.
- 9.11. Izbeidzot Vienošanās jebkura iemesla dēļ, saņemošā Puse nekavējoties, bet ne ilgāk kā 3 (trīs) dienu laikā, atdod nododošajai Pusei visu un jebkādā formā no nododošās Puses saņemto Konfidencialo informāciju un iznīcina vai izdzēš visu glabāto Konfidencialo informāciju vai tās atvasinājumus, ciktāl to neaizliedz normatīvie akti vai tas nav pretrunā ar šīs Vienošanās raksturu un/vai noteikumiem.
- 9.12. Konfidencialitātes noteikumi ir spēkā visu Vienošanās darbības laiku un 10 (desmit) gadus pēc Vienošanās darbības termiņa beigām.

10. CITI NOTEIKUMI

- 10.1. Visi Vienošanās grozījumi un papildinājumi noformējami rakstveidā, Pusēm savstarpēji vienojoties. Tie pievienojami šai Vienošanās kā pielikumi un kļūst par šīs Vienošanās neatņemamu sastāvdaļu.
- 10.2. Šī Vienošanās ir saistoša Pasūtītājam un Apdrošinātājam, kā arī visām trešajām personām, kas likumīgi pārņem viņu tiesības un pienākumus.
- 10.3. Līdzēji ievēro savstarpēji sniegtās informācijas stingru konfidencialitāti un apņemas neizpaust informāciju, kas saistīta ar šo Vienošanās un kļuvusi zināma par otru Līdzēju šīs Vienošanās darbības laikā, izņemot Latvijas Republikas normatīvajos aktos paredzētajos gadījumos. Puses apņemas Līguma darbības laikā un 3 (trīs) gadus pēc Līguma termiņa izbeigšanās neizpaust trešajām personām jebkuru informāciju par otras Puses saimniecisko darbību, izņemot gadījumus, kad informācijas izpaušana ir pamatota ar tiesību normu vai oficiāli ieguvusi publicitātes statusu, vai ir publiski pieejama.
- 10.4. Visa informācija (paziņojumi, iesniegumi utt.), ja to nodošanai šā Līguma pielikumos nav paredzēti citi noteikumi, tiek uzskatīta par nodotu, ja tā ir nodota adresātam pret parakstu, nosūtīta ar ierakstītu pasta sūtījumu uz attiecīgās Puses juridisko adresi vai ar drošu elektronisko parakstu uz oficiālo elektroniskā pasta adresi vai nosūtīta elektroniski uz Līguma 11.punktā minētajām Pušu elektroniskā pasta adresēm. Ja nosūtītājs nepierāda citu saņemšanas datumu, informācija, kas nosūtīta ar oficiālu piegādes servisu vai pastu ierakstītā pasta sūtījumā, ir uzskatāma par saņemtu septītajā dienā pēc tā nodošanas pastā, ko apliecina pasta zīmogs. Informācija, kas nosūtīta elektroniski uzskatāma par saņemtu attiecīgajā darba dienā, ja tā nosūtīta laika posmā no 8:00-16:30 vai nākamajā darbā dienā, ja tā nosūtīta pēc plkst. 16:30, svētku dienā vai brīvdienā. Puse, kura saņēmusi elektronisko dokumentu, vienas darba dienas laikā nosūta otrai pusei paziņojumu par elektroniskā dokumenta saņemšanu. Ja minētais paziņojuma nav nosūtīts, uzskatāms, ka Puse paziņojumu ir saņēmusi otrajā darba dienā pēc tā nosūtīšanas pa elektronisko pastu. Informācija, kas nogādāta personīgi pret parakstu, ir uzskatāma par saņemtu datumā, kad saņēmējs ir parakstījis par tās saņemšanu.
- 10.5. Līdzēju reorganizācija vai to vadītāju maiņa nevar būt par pamatu Vienošanās vienpusējai izbeigšanai. Gadījumā, ja kāds no Līdzējiem tiek reorganizēts vai likvidēts, Vienošanās paliek spēkā un tā noteikumi ir saistoši līgumslēdzējas tiesību pārņēmējam. Saistības izriet no Vienošanās un strīda gadījumā risināmas saskaņā ar šo Vienošanās un normatīviem aktiem.
- 10.6. Vienošanās kopā ar pielikumiem sastādīta elektroniski un parakstīta ar drošu elektronisko parakstu, kas satur laika zīmogu. Vienošanās parakstīšanas datums ir pēdējā pievienotā elektroniskā paraksta datums. Pielikumi ir šīs Vienošanās neatņemama sastāvdaļa.
- 10.7. Vienošanās sadaļu virsraksti ir paredzēti Vienošanās labākai pārskatāmībai un nav izmantojami Vienošanās noteikumu tulkošanai.

10.8. Vienošanās ir sastādīts, iztulkojams un piemērojams, ievērojot Latvijas Republikā spēkā esošo tiesību aktus.

11. PUŠU PAR LĪGUMU ATBILDĪGĀS PERSONAS

11.1. no Pasūtītāja puses par Vienošanās izpildes kontroli atbildīgā persona ir [REDACTED].

11.2. no Apdrošinātāja puses par Vienošanās izpildes kontroli atbildīgā persona ir [REDACTED].

12. LĪGUMA PIELIKUMI

12.1. Pielikums – Iepirkuma tehniskais piedāvājums;

12.2. Pielikums – Iepirkuma finanšu piedāvājums;

12.3. Pielikums – LVRTC darbinieku saraksts;

12.4. Pielikums – Apdrošinātāja apdrošināšanas noteikumi.

LĪDZĒJU REKVIZĪTI UN PARAKSTI

Valsts akciju sabiedrība “Latvijas Valsts radio un televīzijas centrs”

Vienotais reģ. Nr.: 40003011203

PVN reģ. Nr.: LV40003011203

Adrese: Rīgā, Ērgļu ielā 7, LV-1012

Tālr.: 67108704, Fakss: 67108740

Banka: AS “Citadele banka”

Konta Nr.: LV37 PARX 0000 8359 3000 1

SWIFT: PARXLV22

AAS „Balta”

Vien. reģ. Nr. 40003049409,

PVN reģ. Nr. LV-40003049409,

Raunas iela 10/12, Rīga, LV-1039

Tālr.: 7082333, Fax: +371 7082332

Banka: AS “SEB banka”,

Konta Nr. LV60 UNLA 0050 0023 0070 8

SWIFT: UNLALV2X

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Vienošanās parakstīta elektroniski ar drošu elektronisko parakstu un satur laika zīmogu.

Vienošanās parakstīta elektroniski ar drošu elektronisko parakstu un satur laika zīmogu.

TEHNISKAIS PIEDĀVĀJUMS

VAS "Latvijas Valsts radio un televīzijas centrs" DARBINIEKU VESELĪBAS un nelaimes gadījumu APDROŠINĀŠANA
ID Nr.LVRTC-2017/12

Pretendents Apdrošināšanas akciju sabiedrība „BALTA” apņemas sniegt VAS "Latvijas Valsts radio un televīzijas centrs" darbinieku veselības un nelaimes gadījumu apdrošināšanas pakalpojumus:

**Atklāta konkursa par
VAS „Latvijas Valsts radio un televīzijas centrs” darbinieku veselības apdrošināšanu
TEHNISKAIS PIEDĀVĀJUMS – VESELĪBAS APDROŠINĀŠANA**

Nr.p.k.	Tehniskās specifikācijas minimālās prasības	Atbilst/neatbilst Apdrošinātāja piedāvājuma lappuse, punkts, apakšpunkts un pievienotā dokumenta nosaukums, kurā skaidri un nepārprotami norādīta prasības izpilde.
VESELĪBAS APDROŠINĀŠANA		
1.	Izvirzītās prasības veselības apdrošināšanas 1.līmeņa pamata programmas segumam (270 apdrošināmie):	
1.1.	Pamata programmas kopējā minimālā apdrošinājuma summa vienam Apdrošinātajam par apdrošināšanas segumā iekļautajiem veselības aprūpes pakalpojumiem ir ne mazāk kā EUR 4 000.00 apdrošināšanas periodā.	<p style="text-align: center;">Atbilst</p> <p>(tiek noteikta EUR 5500.00 kopējā apdrošinājuma summa vienam Apdrošinātajam)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 23.lpp. 1.1. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”. • 30 .lpp., dokumenta nosaukums „Programma „Ambulatorā un stacionārā palīdzība AS5”
1.2.	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 veselības apdrošināšanas polises un/vai Apdrošinātā individuālās veselības apdrošināšanas kartes (turpmāk – Karte) pirmo darbības dienu un visā tās darbības laikā.	<p style="text-align: center;">Atbilst</p> <ul style="list-style-type: none"> • 23.lpp. 1.2. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”.
1.3.	Visi apdrošināšanas segumā ietvertie veselības aprūpes pakalpojumi Pretendenta līguma iestādēs ir pieejami uzrādot Karti un neveicot skaidras naudas norēķinus, tajā skaitā arī netiek noteikti termiņa un/vai reižu ierobežojumi pakalpojumu saņemšanai līguma iestādēs bezskaidras naudas norēķinu veidā).	<p style="text-align: center;">Atbilst</p> <ul style="list-style-type: none"> • 23.lpp. 1.3. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”. • 31.lpp. „Programma „Ambulatorā un stacionārā palīdzība AS5” sadaļa „Kur un kā saņemt ārstniecības pakalpojumus?”
1.4. Apdrošināšanas segumā iekļautie veselības aprūpes pakalpojumi:		
1.4.1.	Pacienta iemaksas pakalpojumi 100% apmērā, kopējās pamata programmas	Atbilst

	<p>apdrošinājuma summas ietvaros atbilstoši Ministru kabineta 2013.gada 17.decembra noteikumiem Nr. 1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība", tajā skaitā:</p> <ul style="list-style-type: none"> - par ambulatoriem veselības aprūpes pakalpojumiem; - par stacionāriem veselības aprūpes pakalpojumiem (tajā skaitā arī stacionārā rehabilitācija); - pacienta līdzmaksājums par vienā stacionēšanās reizē operāciju zālē veiktajām ķirurģiskajām manipulācijām. 	<ul style="list-style-type: none"> • 23.lpp. 1.4.1. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”. • 30.lpp., dokumenta nosaukums „Programma „Ambulatorā un stacionārā palīdzība AS5”
1.4.2.	<p>Ambulatorie maksas pakalpojumi, kas visi līguma iestādēs tiek apmaksāti 100% apmērā (tajā skaitā arī gadījumos, ja kāda atsevišķa pakalpojuma apmaksā Apdrošinātājam līguma iestādē sākotnēji ir jāveic no personīgajiem līdzekļiem), kopējās pamata programmas apdrošinājuma summas ietvaros, neparedzot pakalpojumu saņemšanas reizu ierobežojumus, limitu par saslimšanas gadījumu, vai apakšlimitu kādai no apdrošināšanas segumā iekļautajām pakalpojumu grupām, tajā skaitā:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maksas ārstu konsultācijas bez norīkojuma, 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 (tajā skaitā profesoru un docentu) konsultācijas. <i>Nelīguma iestādēs Pretendentam jānodrošina konsultāciju, mājas vizīšu apmaksā ne mazāk kā EUR 29.00 par katru, izņemot augsti kvalificētu speciālistu (profesoru un docentu) konsultācijas, kuru apmaksā nelīguma iestādēs jānodrošina ne mazāk kā EUR 55.00 par katru konsultāciju.</i> - 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. - Diagnostiskie izmeklējumi, neierobežojot apmaksājamo izmeklējumu klāstu tikai ar Pretendenta nosauktajiem izmeklējumiem, tajā skaitā - visa veida ultrasonogrāfiskie, doplerogrāfiskie izmeklējumi, osteodensitometrija, holtera monitorēšana, endoskopiskie izmeklējumi, rentgenizmeklējumi ar vai bez kontrastvielas, scintigrāfija, datortomogrāfija, magnētiskā rezonanse ar un bez kontrastvielas un citi izmeklējumi jebkurai ķermeņa zonai/ orgānam. <i>Nelīguma iestādēs Pretendentam jānodrošina diagnostisko izmeklējumu apmaksā ne mazāk kā EUR 29.00 par katru izmeklējumu, izņemot</i> 	<p style="text-align: center;">Atbilst</p> <ul style="list-style-type: none"> • 23.,24.lpp. 1.4.2. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”. • 30.lpp., dokumenta nosaukums „Programma „Ambulatorā un stacionārā palīdzība AS5” • 57.lpp., dokumenta nosaukums „AAS BALTA apmaksājamās summas apmērs pakalpojumiem, kas saņemti ārpus līgumiestādēm AS5 ”

	<p>dārgo tehnoloģiju izmeklējumi, kuru apmaksā nelīguma iestādēs jānodrošina ne mazāk kā: endoskopiskie - EUR 80.00, scintigrāfija, datortomogrāfija – EUR 100.00, magnētiskā rezonanse, kolonoskopija - EUR 150.00, u.c. apdrošināšanas segumā iekļauto dārgo tehnoloģiju limiti ir ne mazāki kā vidējās Pretendenta līguma iestāžu („ARS” un „VC4”) cenas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ārstnieciskās manipulācijas, neierobežojot apmaksājamo klāstu tikai ar Pretendenta nosauktajām manipulācijām, tajā skaitā apmaksājot arī manipulācijas dermatoloģijā Nelīguma iestādēs Pretendentam jānodrošina manipulāciju apmaksā ne mazāk kā EUR 20.00 vienas pieņemšanas laikā. - Dažāda veida procedūras, tajā skaitā dažādu medikamentu injekcijas, blokādes, punkcijas un citas procedūras. Nelīguma iestādēs Pretendentam jānodrošina medikamentu injekciju apmaksā ne mazāk kā EUR 5.00 par katru procedūru, blokādes, punkcijas ne mazāk kā EUR 15.00 par katru procedūru, epidurālā blokādes apmaksā ne mazāk kā EUR 40.00 par procedūru, kā arī citu apdrošināšanas segumā iekļauto procedūru apmaksas limiti ir ne mazāki kā vidējās Pretendenta līguma iestāžu („ARS” un „VC4”) cenas. - Ar grūtnieču aprūpi saistītie maksas pakalpojumi, nodrošinot visu apdrošināšanas segumā iekļauto ambulatoro maksas pakalpojumu saņemšanu. - Veselības pārbaudes medicīniskās dokumentācijas noformēšanai (piemēram, autotransporta vadīšanai, ieroču nēsāšanas atļaujai). - Valsts noteiktās obligātās veselības pārbaudes (darba pienākumu izpildei nepieciešamajā apjomā) 100% apmērā gan līguma, gan nelīguma iestādēs. - Profilaktiskā vakcinācija pret ērcu encefalītu, pret gripu, pret A un B vīrusu hepatītu (t.sk. kombinētā AB hepatīta vakcinācija) 100% apmērā gan līguma, gan nelīguma iestādēs. - Neatliekamā medicīniskā palīdzība visā Latvijas Republikas teritorijā jebkurā ar medicīniskās palīdzības sniegšanu saistītā izsaukumā, tajā skaitā gan valsts, gan privātā neatliekamā palīdzība, 100% apmērā gan līguma, gan nelīguma iestādēs. 	
1.4.3.	<p>Ambulatorā rehabilitācija (ar ģimenes ārsta vai jebkura ārstējošā ārsta norīkojumu) ar kopējo limitu ne mazāk kā EUR 150.00 apdrošināšanas periodā, nenosakot ierobežojumus reižu un kursu skaitam, kā arī vienas reizes limitu, tajā skaitā:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ārstnieciskā masāža; - manuālā terapija; - ūdens procedūras; - ārstnieciskā vingrošana individuāli vai grupās (tajā skaitā fizioterapeita vai rehabilitologa nodarbības); 	<p style="text-align: center;">Atbilst</p> <p>(tiek noteikta EUR 195.00 apdrošināšanas periodā, paplašinot segumu ar teipošanas pakalpojumiem)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 24.lpp. 1.4.3. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”. • 30.lpp., dokumenta nosaukums „Programma „Ambulatorā un stacionārā palīdzība AS5”

	- fizikālās terapijas procedūras.	
1.4.4.	<p>Stacionārie maksas pakalpojumi (gan diennakts, gan dienas stacionārā) 100% apmērā gan līguma, gan nelīguma iestādēs, kopējās apdrošinājuma summas ietvaros, ne mazāk kā EUR 750.00 par vienu stacionēšanās gadījumu, bez stacionēšanās gadījumu skaita ierobežojuma, tajā skaitā:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uzturēšanās maksa par katru stacionārā pavadīto dienu; - ārstu – speciālistu t.sk. profesoru un docentu konsultācijas, kā arī ārsta nozīmētas ārstnieciskās manipulācijas un procedūras maksas stacionārā; - stacionārā izmantotie medikamenti; - diagnostiskie un laboratoriskie izmeklējumi; - maksas ķirurģiskās operācijas bez skaita ierobežojuma, kā arī neierobežojot apmaksājamo operāciju klāstu tikai ar Pretendentam nosauktajām apmaksājamām operācijām, tajā skaitā arī lāzerķirurģiskās un invazīvās dermatoloģijas pakalpojumi, mugurkaula un endoprotēzēšanas operācijas; - ārstēšanās paaugstināta servisa apstākļos, ja ārstniecības iestāde to nodrošina. 	<p style="text-align: center;">Atbilst</p> <p>(tiek noteikta EUR 1050.00 par vienu stacionēšanās gadījumu, bez stacionēšanās gadījumu skaita ierobežojuma, paplašinot segumu ar vēnu operācijām saskaņā ar programmas nosacījumiem)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 25.lpp. 1.4.4. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”. • 30.lpp., dokumenta nosaukums „Programma „Ambulatorā un stacionārā palīdzība AS5” sadaļa „Stacionārā palīdzība”
1.4.5.	<p>Dzemdību maksas palīdzība 100% apmērā gan līguma, gan nelīguma iestādēs, ne mazāk kā EUR 360.00 apdrošināšanas periodā, tajā skaitā:</p> <ul style="list-style-type: none"> - izvēlēta dzemdību speciālista līdzdalība; - atsāpināšana; - paaugstināts serviss stacionārā 	<p style="text-align: center;">Atbilst</p> <p>(tiek noteikta EUR 480.00 apdrošināšanas periodā)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 25.lpp. 1.4.5. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”. • 30.lpp., dokumenta nosaukums „Programma „Ambulatorā un stacionārā palīdzība AS5” sadaļa „Stacionārā palīdzība”
1.4.6.	<p>Maksas stacionārā rehabilitācija pēc operācijām, saslimšanām un traumām (tas ir, pēc uzturēšanās stacionārā) 100% apmērā gan līguma, gan nelīguma iestādēs, ne mazāk kā EUR 150.00 apdrošināšanas periodā. Pakalpojuma saņemšana jānodrošina visa apdrošināšanas perioda laikā, saskaņā ar ārstējošā ārsta norādījumiem, bez termiņa un diagnozes ierobežojumiem.</p>	<p style="text-align: center;">Atbilst</p> <p>(tiek noteikta EUR 300.00 apdrošināšanas periodā)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 25.lpp. 1.4.6. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”. • 30.lpp., dokumenta nosaukums „Programma „Ambulatorā un stacionārā palīdzība AS5” sadaļa „Stacionārā palīdzība”
	Papildus iekļautie pakalpojumi	<p>Papildus pamatsegumā tiek iekļauta Kritisko slimību apdrošināšana ar kopējo apdrošinājuma summu 500 Eur</p> <ul style="list-style-type: none"> • 36-38.lpp., dokumenta nosaukums „Kritiskās saslimšanas”, 4305,05.2
2.	Papildus programmu iegāde no Apdrošināto personīgajiem līdzekļiem:	
2.1.	<p>Pretendentam, pēc Pasūtītāja darbinieku brīvprātīgas izvēles, ir jānodrošina papildu programmu iegāde bez minimālā vai maksimālā Apdrošināto skaita ierobežojuma katrā papildus programmā, Apdrošinātajam piemaksājot starpību no personīgiem līdzekļiem</p>	<p style="text-align: center;">Atbilst</p> <ul style="list-style-type: none"> • 25.lpp. 2.1. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”.

2.2.	Papildus programmu iegāde ir iespējama viena mēneša laikā no veselības apdrošināšanas polises spēkā stāšanās datuma un darbojas līdz tās termiņa beigām. Gadījumā, ja papildus programmas iegāde tiek veikta uz nepilnu apdrošināšanas periodu (11 mēneši), Pretendents ir tiesīgs ieturēt apdrošināšanas prēmiju par pilnu apdrošināšanas periodu.	<p style="text-align: center;">Atbilst</p> <ul style="list-style-type: none"> • 25.lpp. 2.2. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”.
2.3.	Papildus programma – Zobārstniecības un mutes dobuma higiēnas pakalpojumi:	
2.3.1.	Zobārstniecības pakalpojumu apmaksa ar 50% atlaidi un kopējo atlīdzību limitu ne mazāk kā EUR 150.00 un EUR 300.00 apdrošināšanas periodā;	<p style="text-align: center;">Atbilst</p> <ul style="list-style-type: none"> • 25.lpp. 2.3.1. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”. • 39.lpp., dokumenta nosaukums „Programma „Zobārstniecība C3”
2.3.2.	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;	<p style="text-align: center;">Atbilst</p> <ul style="list-style-type: none"> • 25.lpp. 2.3.2. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”. • 39.lpp., dokumenta nosaukums „Programma „Zobārstniecība C3”
2.3.3.	Saņemtie zobārstniecības pakalpojumi tiek apmaksāti gan Pretendenta līguma iestādēs, gan nelīguma iestādēs. Pakalpojumiem ir jābūt pieejamiem pilnā apmērā (saskaņā ar norādīto atlaidi un gada limitu, bez papildus cenrāžu piemērošanas).	<p style="text-align: center;">Atbilst</p> <ul style="list-style-type: none"> • 25.lpp. 2.3.3. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”. • 39.lpp., dokumenta nosaukums „Programma „Zobārstniecība” sadaļa „Kur un kā saņemt zobārstniecības pakalpojumus?”
2.4.	Papildus programma – Mutes dobuma higiēnas pakalpojumi:	
2.4.1.	Mutes dobuma higiēnas pakalpojumu apmaksa divas reizes gadā 100% apmērā ar kopējo atlīdzību limitu ne mazāk kā EUR 80.00 apdrošināšanas periodā.	<p style="text-align: center;">Atbilst</p> <ul style="list-style-type: none"> • 25.lpp. 2.4.1. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”. • 41.lpp., dokumenta nosaukums „Programma „Zobu higiēna”
2.5.	Papildus programma – Medikamentu iegāde:	
2.5.1.	Medikamentu apmaksa ne mazāk kā ar 50% un 70% atlaidi un kopējo atlīdzību limitu ne mazāk kā EUR 180.00 apdrošināšanas periodā.	<p style="text-align: center;">Atbilst</p> <ul style="list-style-type: none"> • 25.lpp. 2.5.1. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”. • 43.,44.lpp., dokumenta nosaukums „Programma „Medikamentu iegāde B3”
2.5.2.	Tiek apmaksāti iegādātie medikamenti gan Pretendenta līguma iestādēs, gan nelīguma iestādēs. Līguma iestādēs Pretendentam jānodrošina atlaides piemērošana, uzrādot Karti.	<p style="text-align: center;">Atbilst</p> <ul style="list-style-type: none"> • 26.lpp. 2.5.2. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”. • 43.,44.lpp., dokumenta nosaukums „Programma „Medikamentu iegāde B3” sadaļa „Kur un kā saņemt medikamentus?”
2.5.3.	Tiek apmaksāti ārstējošā ārsta vai ģimenes ārsta izrakstīti medikamenti, kas reģistrēti Latvijas Republikas Zāļu reģistrā, tajā skaitā arī valsts kompensējamie medikamenti.	<p style="text-align: center;">Atbilst</p> <ul style="list-style-type: none"> • 26.lpp. 2.5.3. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”. • 43.,44.lpp., dokumenta nosaukums „Programma „Medikamentu iegāde B3”

2.6.	Papildus programma – Sporta nodarbības:	
2.6.1.	Sporta nodarbības 4 reizes mēnesī ar kopējo minimālo atlīdzību limitu ne mazāk kā EUR 240.00 apdrošināšanas periodā un ne mazāk kā EUR 5.00 par vienu apmeklējuma reizi.	<p style="text-align: center;">Atbilst</p> <ul style="list-style-type: none"> • 26.lpp. 2.6.1. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”. • 42.lpp., dokumenta nosaukums „Programma „SPORTS”
2.6.2.	Papildus programmas ietvaros tiek apmaksātas dažādu veidu vingrošanas nodarbības, nodarbības trenāžieru zālē, nodarbības peldbaseinā, iegādāto sporta abonementu apmaksā, u.c. pakalpojumi, kuru apmaksā ir paredzēta saskaņā ar Pretendenta piedāvājumu	<p style="text-align: center;">Atbilst</p> <ul style="list-style-type: none"> • 26.lpp. 2.6.2. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”. • 42.lpp., dokumenta nosaukums „Programma „SPORTS”
2.6.3.	Saņemtie pakalpojumi, t.sk. arī iegādātie abonementi tiek apmaksāti gan Pretendenta līguma iestādēs, gan nelīguma iestādēs.	<p style="text-align: center;">Atbilst</p> <ul style="list-style-type: none"> • 26.lpp. 2.6.3. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”. • 42.lpp., dokumenta nosaukums „Programma „SPORTS”
3.	Ģimenes locekļu apdrošināšanas nosacījumi:	
3.1.	Pretendentam jāparedz piedāvājumā minētos apdrošināšanas nosacījumus attiecībā uz 1.līmeņa apdrošināšanas pamata programmu attiecināt arī uz Pasūtītāja Apdrošināto darbinieku ģimenes locekļiem – laulātais/-ā, t.sk. faktiskā kopdzīvē dzīvojošie, bērni, mazbērni, vecāki – bez vecuma un skaita ierobežojuma.	<p style="text-align: center;">Atbilst</p> <ul style="list-style-type: none"> • 26.lpp. 3.1. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”. • 63.lpp., dokumenta nosaukums „Informāciju par ģimenes locekļu apdrošināšanas un papildus programmu iegādes no Apdrošināto līdzekļiem nosacījumiem un termiņiem”
3.2.	Gadījumā ja apdrošināmo ģimenes locekļu skaits nepārsniedz 10% no Apdrošināto par Pasūtītāja līdzekļiem (tas ir ne vairāk kā 27 apdrošināmie ģimenes locekļi) skaita, tad attiecībā uz 1.līmeņa apdrošināšanas pamata programmas prēmiju Pretendents piedāvā vienādus apdrošināšanas nosacījumus ar Pasūtītāja Apdrošinātajiem, taču gadījumā, ja apdrošināmo ģimenes locekļu skaits būs vairāk kā 27 personas, tad Pretendents var piemērot prēmijas sadārdzinājumu, taču ne vairāk kā par 40%, salīdzinot ar Apdrošinātajiem par Pasūtītāja budžeta līdzekļiem piedāvāto prēmiju.	<p style="text-align: center;">Atbilst</p> <ul style="list-style-type: none"> • 26.lpp. 3.2. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”. • 63.lpp., dokumenta nosaukums „Informāciju par ģimenes locekļu apdrošināšanas un papildus programmu iegādes no Apdrošināto līdzekļiem nosacījumiem un termiņiem”
3.3.	Pretendentam ir jānodrošina arī papildus programmu iegādes iespēja uz līdzvērtīgiem noteikumiem (t.sk. arī apdrošināšanas prēmija) Apdrošināto ģimenes locekļiem gadījumā, ja arī Apdrošinātais darbinieks, kura ģimenes loceklis vēlas iegādāties konkrēto papildus programmu, to ir iegādājies	<p style="text-align: center;">Atbilst</p> <ul style="list-style-type: none"> • 26.lpp. 3.3. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”. • 63.lpp., dokumenta nosaukums „Informāciju par ģimenes locekļu apdrošināšanas un papildus programmu iegādes no Apdrošināto līdzekļiem nosacījumiem un termiņiem”
3.4.	Ģimenes locekļu apdrošināšana ir iespējama viena mēneša laikā no Apdrošināto veselības apdrošināšanas polises spēkā stāšanās datuma. Ģimenes locekļu veselības apdrošināšanas termiņš ir viens kalendārais gads (12 mēneši).	<p style="text-align: center;">Atbilst</p> <ul style="list-style-type: none"> • 26.lpp. 3.4. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”.

		<ul style="list-style-type: none"> 63.lpp., dokumenta nosaukums „Informāciju par ģimenes locekļu apdrošināšanas un papildus programmu iegādes no Apdrošināto līdzekļiem nosacījumiem un termiņiem”
3.5.	Pretendentam attiecībā uz ģimenes locekļu apdrošināšanu ir jānodrošina arī zemāka līmeņa, lētākas (2.līmeņa) pamata programmas iegāde, ievērojot šādas minimālās seguma prasības:	
3.5.1.	Pamata programmas kopējā minimālā apdrošinājuma summa vienam Apdrošinātajam par apdrošināšanas segumā iekļautajiem veselības aprūpes pakalpojumiem ir ne mazāk kā EUR 3 000.00 apdrošināšanas periodā	<p style="text-align: center;">Atbilst</p> <p>(tiek noteikta EUR 4000.00 kopējā apdrošinājuma summa vienam Apdrošinātajam)</p> <ul style="list-style-type: none"> 26.lpp. 3.5.1. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”. 33.lpp., dokumenta nosaukums „Programma „Ambulatorā un stacionārā palīdzība AS4 ar stacionāriem maksas pakalpojumiem”
3.5.2.	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 veselības apdrošināšanas polises un/vai apdrošinātā individuālās veselības apdrošināšanas kartes (turpmāk – Karte) pirmo darbības dienu, un visā tās darbības laikā.	<p style="text-align: center;">Atbilst</p> <ul style="list-style-type: none"> 26.lpp. 3.5.2. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”.
3.5.3.	Apdrošināšanas segumā ietvertie veselības aprūpes pakalpojumi Pretendenta līguma iestādēs ir pieejami uzrādot Karti un neveicot skaidras naudas norēķinus, tajā skaitā arī netiek noteikti termiņa un/vai reižu ierobežojumi pakalpojumu saņemšanai līguma iestādēs bezskaidras naudas norēķinu veidā).	<p style="text-align: center;">Atbilst</p> <ul style="list-style-type: none"> 26.lpp. 3.5.3. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”. 34.lpp. dokumenta nosaukums „Programma „Ambulatorā un stacionārā palīdzība AS4 ar stacionāriem maksas pakalpojumiem” sadaļa „Kur un kā saņemt ārstniecības pakalpojumus?”
3.5.4.	Apdrošināšanas segumā iekļautie veselības aprūpes pakalpojumi:	
3.5.4.1.	Pacienta iemaksas pakalpojumi 100% apmērā, kopējās pamata programmas apdrošinājuma summas ietvaros atbilstoši Ministru kabineta 2013.gada 17.decembra noteikumiem Nr. 1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”, tajā skaitā: <ul style="list-style-type: none"> - par ambulatoriem veselības aprūpes pakalpojumiem; - par stacionāriem veselības aprūpes pakalpojumiem (tajā skaitā arī stacionārā rehabilitācija); - pacienta līdzmaksājums par vienā stacionēšanās reizē operāciju zālē veiktajām ķirurģiskajām manipulācijām. 	<p style="text-align: center;">Atbilst</p> <ul style="list-style-type: none"> 26.,27.lpp. 3.5.4.1. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”. 33.lpp., dokumenta nosaukums „Ambulatorā un stacionārā palīdzība AS4 ar stacionāriem maksas pakalpojumiem”
3.5.4.2.	Ambulatorie maksas pakalpojumi, kopējās pamata programmas apdrošinājuma summas ietvaros, neparedzot pakalpojumu saņemšanas reižu ierobežojumus, limitu par saslimšanas gadījumu, vai apakšlimitu kādai no apdrošināšanas segumā iekļautajām pakalpojumu grupām, tajā skaitā: <ul style="list-style-type: none"> - Maksas ārstu konsultācijas bez norīkojuma, ne mazāk kā EUR 22.00 par katru konsultāciju, neierobežojot apmaksājamo 	<p style="text-align: center;">Atbilst</p> <ul style="list-style-type: none"> 27.lpp. 3.5.4.2. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”. 33.lpp., dokumenta nosaukums „Ambulatorā un stacionārā palīdzība AS4 ar stacionāriem maksas pakalpojumiem”

	<p>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 (tajā skaitā profesoru un docentu) konsultācijas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. - Diagnostiskie izmeklējumi, neierobežojot apmaksājamo izmeklējumu klāstu tikai ar Pretendenta nosauktajiem izmeklējumiem, tajā skaitā - visa veida ultrasonogrāfiskie, doplerogrāfiskie izmeklējumi, rentgenizmeklējumi ar vai bez kontrastvielas, osteodensitometrija, holtera monitorēšana un citi izmeklējumi jebkurai ķermeņa zonai/ orgānam ne mazāk kā EUR 22.00 par katru izmeklējumu, endoskopiskie izmeklējumi ne mazāk kā EUR 50.00 par izmeklējumu, scintigrāfija, datortomogrāfija ne mazāk kā EUR 70.00 par izmeklējumu, kolonoskopija ne mazāk kā EUR 100.00 par izmeklējumu, magnētiskā rezonanse ar un bez kontrastvielas ne mazāk kā EUR 140.00 par izmeklējumu. - Ārstnieciskās manipulācijas, ne mazāk kā EUR 15.00 vienas pieņemšanas laikā, neierobežojot apmaksājamo klāstu tikai ar Pretendenta nosauktajām manipulācijām, tajā skaitā apmaksājot arī manipulācijas dermatoloģijā. - Dažāda veida procedūras, tajā skaitā dažādu medikamentu injekcijas ne mazāk kā EUR 5.00 par vienu reizi, blokādes, punkcija ne mazāk kā EUR 10.00 par procedūru, epidurālā blokāde ne mazāk kā EUR 30.00 par vienu procedūru, un citas procedūras. - Ar grūtnieču aprūpi saistītie maksas pakalpojumi, nodrošinot visu apdrošināšanas segumā iekļauto ambulatoro maksas pakalpojumu saņemšanu. - Veselības pārbaudes medicīniskās dokumentācijas noformēšanai (piemēram, autotransporta vadīšanai, ieroču nēsāšanas atļaujai.). - Valsts noteiktās obligātās veselības pārbaudes (darba pienākumu izpildei nepieciešamajā apjomā) 100% apmērā gan līguma, gan nelīguma iestādēs. - Profilaktiskā vakcinācija pret ērcu encefalītu, pret gripu, pret A un B vīrusu hepatītu (t.sk.. kombinētā AB hepatīta vakcinācija), 100% apmērā gan līguma, gan nelīguma iestādēs. 	<ul style="list-style-type: none"> • 58.lpp., dokumenta nosaukums „AAS BALTA apmaksājamās summas apmērs pakalpojumiem, kas saņemti ārpus līgumiestādēm AS4 ”
--	---	---

	- Neatliekamā medicīniskā palīdzība visā Latvijas Republikas teritorijā jebkurā ar medicīniskās palīdzības sniegšanu saistītā izsaukumā, tajā skaitā gan valsts gan privātā neatliekamā palīdzība, 100% apmērā gan līguma, gan nelīguma iestādēs.	
3.5.4.3.	Ambulatorā rehabilitācija (ar ģimenes ārsta vai jebkura ārstējošā ārsta norīkojumu) ar kopējo limitu ne mazāk kā EUR 115.00 apdrošināšanas periodā, nenosakot ierobežojumus reižu un kursu skaitam, kā arī vienas reizes limitu, tajā skaitā: <ul style="list-style-type: none"> - ārstnieciskā masāža; - manuālā terapija; - ūdens procedūras; - ārstnieciskā vingrošana individuāli vai grupās (tajā skaitā fizioterapeita vai rehabilitologa nodarbības); - fizikālās terapijas procedūras. 	Atbilst (paplašinot segumu ar teipošanas pakalpojumiem) <ul style="list-style-type: none"> • 27.lpp. 3.5.4.3. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”. • 33.lpp., dokumenta nosaukums „Programma „Ambulatorā un stacionārā palīdzība AS4”
3.5.4.4.	Stacionārie maksas pakalpojumi (gan diennakts, gan dienas stacionārā) 100% apmērā gan līguma, gan nelīguma iestādēs, kopējās apdrošinājuma summas ietvaros, ne mazāk kā EUR 500.00 par vienu stacionēšanās gadījumu, bez stacionēšanās gadījumu skaita ierobežojuma, tajā skaitā: <ul style="list-style-type: none"> - Uzturēšanās maksa par katru stacionārā pavadīto dienu; - ārstu–speciālistu t.sk. profesoru un docentu konsultācijas, kā arī ārsta nozīmētas ārstnieciskās manipulācijas un procedūras maksas stacionārā; - stacionārā izmantotie medikamenti; - diagnostiskie un laboratoriskie izmeklējumi; - maksas ķirurģiskās operācijas bez skaita ierobežojuma, kā arī neierobežojot apmaksājamo operāciju klāstu tikai ar Pretendenta nosauktajām apmaksājamām operācijām, tajā skaitā arī lāzerķirurģiskās un invazīvās dermatoloģijas pakalpojumi, mugurkaula un endoprotēzēšanas operācijas; - ārstēšanās paaugstināta servisa apstākļos, ja ārstniecības iestāde to nodrošina. 	Atbilst <ul style="list-style-type: none"> • 27.,28.lpp. 3.5.4.4. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”. • 33.lpp., dokumenta nosaukums „Programma „Ambulatorā un stacionārā palīdzība AS4 ar stacionāriem maksas pakalpojumiem”
3.5.4.5.	Maksas stacionārā rehabilitācija pēc operācijām, saslimšanām un traumām (tas ir, pēc uzturēšanās stacionārā) 100% apmērā gan līguma, gan nelīguma iestādēs, ne mazāk kā EUR 150.00 apdrošināšanas periodā. Pakalpojuma saņemšana jānodrošina visa apdrošināšanas perioda laikā, saskaņā ar ārstējošā ārsta norādījumiem, bez termiņa un diagnozes ierobežojumiem.	Atbilst <ul style="list-style-type: none"> • 28.lpp. 3.5.4.5. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”. • 33.lpp., dokumenta nosaukums „Programma „Ambulatorā un stacionārā palīdzība AS4 ar stacionāriem maksas pakalpojumiem”
4.	Pasūtītāja prasības attiecībā uz apdrošināšanas līguma, apdrošināšana polišu un Karšu funkcionalitāti (izmantošanas ērtumu):	
4.1.	Apdrošināšanas periods – viens kalendārais gads (12 mēneši).	Atbilst <ul style="list-style-type: none"> • 28.lpp. 4.1. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”.
4.2.	Apdrošinātā Kartei ir jābūt izmantojamai visā Latvijas Republikas teritorijā, nodrošinot tās darbību 7 dienas nedēļā, 24 stundas diennaktī.	Atbilst <ul style="list-style-type: none"> • 28.lpp. 4.2. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas

		līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”.
4.3.	<p>Pretendentam attiecībā uz piedāvātajām pamata programmām ir jānodrošina plašas ambulatoro un stacionāro līguma iestāžu izvēles iespējas visā Latvijas Republikas teritorijā. Rīgā līguma iestāžu sarakstā ir jābūt iekļautām sekojošām medicīnas iestādēm: SIA „Veselības centrs 4”, Paula Stradiņa klīniskās universitātes Konsultatīvā poliklīnika, Paula Stradiņa klīniskajā universitātes slimnīcā, Medicīnas sabiedrība „ARS”, Medicīnas centrs „Elite”, un citas līguma iestādes saskaņā ar Pretendenta iesniegto sarakstu. Ambulatoro un stacionāro līguma iestāžu esamība Pretendentam ir jānodrošina arī pārējās VAS „Latvijas Valsts radio un televīzijas centrs” struktūrvienību atrašanās vietās: Cēsaines novadā, Madonas novadā, Jēkabpils novadā, Alūksnes novadā, Cēsu novadā, Amatas novadā, Liepājā, Aizputes novadā, Kuldīgas novadā, Ventspilī, Dundagas novadā, Talsu novadā, Valmierā, Rēzeknē, Viļānu novadā, Daugavpilī, Preiļu novadā, Kandavas novadā, Līvānu novadā, Stopiņu novadā, Siguldas novadā un Tukuma novadā. Pretendents nevar noteikt ierobežojumus atsevišķu medicīnas iestāžu apmeklējumam, neatkarīgi no tā, vai tam ir vai nav līgumattiecības ar konkrēto medicīnas iestādi.</p> <p><i>Par ambulatorajām un stacionārajām līguma iestādēm šī iepirkuma ietvaros netiek uzskatītas ārstniecības iestādes, kurās ar Pretendenta piedāvātām apdrošināšanas pamata programmām, uzrādot veselības apdrošināšanas karti, iespējams norēķināties tikai par pacientu iemaksas pakalpojumiem no iestādes kopējā piedāvāto pakalpojumu klāsta, kā arī citas ārstniecības iestādes, aptiekas, sporta iestādes, zobārstniecības iestādes, kā arī optikas iestādes, kurās bezskaidras naudas norēķinu veidā ar Pretendenta piedāvātām pamata programmām tiek nodrošināti tikai atsevišķi (daži), specializēti maksas ambulatorie pakalpojumi no iestādes kopējā piedāvāto pakalpojumu klāsta .</i></p>	<p style="text-align: center;">Atbilst</p> <ul style="list-style-type: none"> • 28.lpp. 4.3. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”. • Skatīt: <i>Ambulatoro un stacionāro līguma iestāžu saraksts (62.-93.).lpp.</i>
4.4.	Pretendentam jānodrošina informācijas pieejamība Apdrošinātajiem par aktuālo līguma iestāžu sarakstu piedāvātajām pamata un papildus programmām Pretendenta mājas lapā.	<p style="text-align: center;">Atbilst</p> <ul style="list-style-type: none"> • 28.lpp. 4.4. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”. • Informācija ir pieejama: http://www.balta.lv
4.5.	Pretendentam pēc Pasūtītāja rakstiska pieprasījuma viena mēneša laikā ir jānoslēdz sadarbības līgums ar Pasūtītāja norādīto ārstniecības iestādi vai konkrēto licencētu ārstniecības pakalpojumu sniedzēju, ja Pretendents un attiecīgā ārstniecības iestāde vai konkrētais ārstniecības pakalpojumu sniedzējs spēj vienoties par sadarbības līguma nosacījumiem.	<p style="text-align: center;">Atbilst</p> <ul style="list-style-type: none"> • 28.lpp. 4.5. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”.

4.6.	Kopējās apdrošināšanas prēmijas apmaksā – 4 reizes gadā, bez papildus piemaksas par dalīto maksājumu veikšanu.	<p style="text-align: center;">Atbilst</p> <ul style="list-style-type: none"> • 28.lpp. 4.6. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”.
4.7.	Pretendents nepieprasa iepriekšēju brīdināšanu/ /saskaņošanu par plānveida manipulācijām, operācijām, dārgiem izmeklējumiem vai citiem apdrošināšanas segumā iekļautajiem veselības aprūpes pakalpojumiem kā saņemto pakalpojumu apmaksas nosacījumu un tas nedrīkst būt atlīdzības atteikuma iemesls. Pretendentam jānodrošina visu programmā ietverto pakalpojumu saņemšana bez papildus saskaņošanas.	<p style="text-align: center;">Atbilst</p> <ul style="list-style-type: none"> • 28.lpp. 4.7. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”.
4.8.	Pretendentam ir jānodrošina iespēja iesniegt maksājumus apliecinājošos dokumentus atlīdzības saņemšanai, tas ir, atlīdzības pieteikumu iesniegšana gan elektroniski, gan personīgi visās tā pārstāvēniecībās 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 style="text-align: center;">Atbilst</p> <ul style="list-style-type: none"> • 28.lpp. 4.8. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”. • 59.lpp., dokumenta nosaukums „Informācija par apdrošināšanas atlīdzības saņemšanas kārtību un noteikumiem, iestājoties apdrošināšanas gadījumam”
4.9.	Atlīdzības pieteikumu iesniegšana ir jānodrošina visa apdrošināšanas perioda darbības laikā, neatkarīgi no pakalpojuma saņemšanas datuma un ne mazāk kā viena mēneša laikā pēc apdrošināšanas perioda termiņa beigām.	<p style="text-align: center;">Atbilst</p> <ul style="list-style-type: none"> • 29.lpp. 4.9. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”. • 61.lpp. dokumenta nosaukums „Informācija par apdrošināšanas atlīdzības saņemšanas kārtību un noteikumiem, iestājoties apdrošināšanas gadījumam
4.10.	Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa vai Apdrošinātā 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 style="text-align: center;">Atbilst</p> <ul style="list-style-type: none"> • 29.lpp. 4.10. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”. • 61.lpp, dokumenta nosaukums „Informācija par apdrošināšanas atlīdzības saņemšanas kārtību un noteikumiem, iestājoties apdrošināšanas gadījumam
4.11.	Pretendentam, jānodrošina iespēja Pasūtītājam veikt izmaiņas Apdrošināto sarakstā ne retāk kā vienu reizi mēnesī visa apdrošināšanas līguma darbības laikā, izslēdzot no tā Apdrošinātos un pievienojot jaunus uz tādiem pašiem apdrošināšanas nosacījumiem kā sākotnēji Apdrošinātajiem, tajā skaitā, arī apdrošināšanas segumam saglabājot pilnas apdrošināšanas perioda apdrošinājuma summas. Iekļaujot jaunus Apdrošinātos, kā arī izslēdzot personas no Apdrošināto saraksta, Pretendentam jāveic prēmijas aprēķins proporcionāli atlikušajam periodam par pilniem mēnešiem, neatkarīgi no atlikušo mēnešu skaita. Tas nozīmē, ka viena mēneša apdrošināšanas	<p style="text-align: center;">Atbilst</p> <ul style="list-style-type: none"> • 29.lpp. 4.11. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”. • 62.lpp., dokumenta nosaukums „Informācija par izmaiņu veikšanas kārtību veselības apdrošināšanas polises darbības laikā”

	prēmija tiek noteikta kā 1/12 daļa no apdrošināšanas polises ar pilnu darbības termiņu apdrošināšanas prēmijas. Aprēķinot neizmantotās prēmijas daļu par izslēgtajām personām, netiek ņemti vērā administratīvie izdevumi, kā arī izmaksātās un pieteiktās atlīdzības. Neizmantoto prēmijas daļu par pārtrauktajām Kartēm Pretendents saskaņā ar Pasūtītāja norādījumiem vai nu pārskaita uz Pasūtītāja norādīto konta numuru vai patur kā avansu turpmākiem norēķiniem.	
4.12.	Pretendentam, saņemot no Pasūtītāja informāciju par nepieciešamajām izmaiņām Apdrošināto sarakstā, 3 darba dienu laikā jānodrošina iespēja saņemt jauno Apdrošināto Kartes, un informāciju par to izmantošanu.	<p style="text-align: center;">Atbilst</p> <ul style="list-style-type: none"> • 29.lpp. 4.12. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”. • 62.lpp., dokumenta nosaukums „Informācija par izmaiņu veikšanas kārtību veselības apdrošināšanas polises darbības laikā”
4.13.	Karšu, tajā skaitā Karšu dublikātu izgatavošana (nozaudēšanas, uzvārda maiņas gadījumā), tiek veikta bez papildus maksas.	<p style="text-align: center;">Atbilst</p> <ul style="list-style-type: none"> • 29.lpp. 4.13. apakšpunkts, dokumenta nosaukums „Veselības apdrošināšanas līguma/apdrošināšanas polises funkcionalitāte, saskaņā ar nolikuma 2.pielikumu”. • 62.lpp., dokumenta nosaukums „Informācija par izmaiņu veikšanas kārtību veselības apdrošināšanas polises darbības laikā”

Valsts akciju sabiedrība “Latvijas Valsts radio un televīzijas centrs”

Vienotais reģ. Nr.: 40003011203
 PVN reģ. Nr.: LV40003011203
 Adrese: Rīgā, Ērgļu ielā 7, LV-1012
 Tālr.:67108704, Fakss: 67108740
 Banka: AS “Citadele banka”
 Konta Nr.: LV37 PARX 0000 8359 3000 1
 SWIFT: PARXLV22

AAS „Balta” ,

Vien. reģ. Nr. 40003049409,
 PVN reģ. Nr. LV-40003049409,
 Raunas iela 10/12, Rīga, LV-1039
 Tālr.: 7082333, Fax: +371 7082332
 Banka: AS“SEB banka”,
 Konta Nr.LV60 UNLA 0050 0023 0070 8
 SWIFT: UNLALV2X

[Redacted signature area]

[Redacted signature area]

[Redacted signature area]

[Redacted signature area]

Vienošanās parakstīta elektroniski ar drošu elektronisko parakstu un satur laika zīmogu.

Vienošanās parakstīta elektroniski ar drošu elektronisko parakstu un satur laika zīmogu.

FINANŠU PIEDĀVĀJUMS

1. VAS "LATVIJAS VALSTS RADIO UN TELEVĪZIJAS CENTRS" DARBINIEKU VESELĪBAS UN NELAIMES GADĪJUMU APDROŠINĀŠANA

2. ID Nr.LVRTC-2017/12

Pretendents Apdrošināšanas akciju sabiedrība "BALTA" piedāvā veikt VAS „Latvijas Valsts Radio un Televīzijas centrs” darbinieku veselības un nelaimes gadījumu apdrošināšanas pakalpojumus par šādām cenām:

1. Veselības apdrošināšanas 1. līmeņa pamata programma un nelaimes gadījumu apdrošināšana par Pasūtītāja līdzekļiem (1.Tabula):

Apdrošināšanas seguma grupa	Apdrošināšanas prēmija vienam Apdrošinātajam gadā EUR	Apdrošināto skaits seguma grupā	Kopējā apdrošināšanas prēmija
1. līmeņa pamata programma	378.00	270	102 060.00
Nelaiemes gadījumu apdrošināšana	20.65	48 ¹⁾	991.20
	16.52	17 ²⁾	280.84
Kopējā apdrošināšanas prēmija par veselības un nelaimes gadījumu apdrošināšanu, EUR bez PVN			103 332.04

¹⁾ augstumā strādājoši darbinieki (5-368m)

²⁾ vieglu fizisku darbu strādājoši (elektriķi, telekomunikāciju speciālisti) darbinieki)

Finanšu piedāvājumā norādītā cena attiecināma uz visa pasūtījuma apjoma izpildi un tam nevar tikt pievienotas nekādas papildus izmaksas.

2. Veselības apdrošināšanas 1. un 2.līmeņa pamata programmas par Apdrošināto ģimenes locekļu personīgajiem līdzekļiem un papildus programmu iegāde par Apdrošināto un Apdrošināto ģimenes locekļu personīgajiem līdzekļiem (pretendentam aizpildot finanšu piedāvājumu obligāti jānorāda piemērojama koeficients 1. līmeņa pamata programmai, ievērojot nolikuma tehniskās specifikācijas 3.2.punktu) (2.Tabula):

Pamata / Papildu programma	Apdrošināšanas prēmija vienam apdrošinātajam (EUR bez PVN)
1. līmeņa pamata programma	523.60
2. līmeņa pamata programma	305.40
Zobārstniecības un mutes dobuma higiēnas pakalpojumi ar 50% atlaidi, limits EUR 150.00	96.00
Zobārstniecības un mutes dobuma higiēnas pakalpojumi ar 50% atlaidi, limits EUR 300.00	136.00
Mutes dobuma higiēnas pakalpojumi ar 100% atlaidi, limits EUR 80.00	53.00
Medikamentu iegāde ar 50% atlaidi, limits EUR 180.00	49.00
Medikamentu iegāde ar 70% atlaidi, limits EUR 180.00	79.00
Sporta nodarbības 4 reizes mēnesī	180.00

Valsts akciju sabiedrība “Latvijas Valsts radio un televīzijas centrs”

Vienotais reģ. Nr.: 40003011203
 PVN reģ. Nr.: LV40003011203
 Adrese: Rīgā, Ērgļu ielā 7, LV-1012
 Tālr.: 67108704, Fakss: 67108740
 Banka: AS “Citadele banka”
 Konta Nr.: LV37 PARX 0000 8359 3000 1
 SWIFT: PARXLV22

AAS „Balta”,

Vien. reģ. Nr. 40003049409,
 PVN reģ. Nr. LV-40003049409,
 Raunas iela 10/12, Rīga, LV-1039
 Tālr.: 7082333, Fax: +371 7082332
 Banka: AS “SEB banka”,
 Konta Nr. LV60 UNLA 0050 0023 0070 8
 SWIFT: UNLALV2X

[Redacted signature]

[Redacted signature]

[Redacted signature]

[Redacted signature]

Vienošanās parakstīta elektroniski ar drošu elektronisko parakstu un satur laika zīmogu.

Vienošanās parakstīta elektroniski ar drošu elektronisko parakstu un satur laika zīmogu.

APDROŠINĀMO PERSONU SARAKSTS
Veselības apdrošināšana 1.līmeņa pamatprogramma

Nr.	Vārds	Uzvārds	Personas kods
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			

48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			
61			
62			
63			
64			
65			
66			
67			
68			
69			
70			
71			
72			
73			
74			
75			
76			
77			
78			
79			
80			
81			
82			
83			
84			
85			
86			
87			
88			
89			
90			
91			
92			
93			
94			
95			
96			
97			
98			
99			
100			
101			
102			

103			
104			
105			
106			
107			
108			
109			
110			
111			
112			
113			
114			
115			
116			
117			
118			
119			
120			
121			
122			
123			
124			
125			
126			
127			
128			
129			
130			
131			
132			
133			
134			
135			
136			
137			
138			
139			
140			
141			
142			
143			
144			
145			
146			
147			
148			
149			
150			
151			
152			
153			
154			
155			
156			
157			

158			
159			
160			
161			
162			
163			
164			
165			
166			
167			
168			
169			
170			
171			
172			
173			
174			
175			
176			
177			
178			
179			
180			
181			
182			
183			
184			
185			
186			
187			
188			
189			
190			
191			
192			
193			
194			
195			
196			
197			
198			
199			
200			
201			
202			
203			
204			
205			
206			
207			
208			
209			
210			
211			
212			

213			
214			
215			
216			
217			
218			
219			
220			
221			
222			
223			
224			

**Nelaiemes gadījumu apdrošināšana
Augstumā strādājoši darbinieki (5m – 368m)**

Nr.	Vārds	Uzvārds	Personas kods
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			

39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			

Nelaiemes gadījumu apdrošināšana
Vieglu fizisku darbu strādājoši darbinieki (elektriķi, telekomunikāciju speciālisti)

Nr.	Vārds	Uzvārds	Personas kods
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			

Valsts akciju sabiedrība "Latvijas Valsts radio un televīzijas centrs"

Vienotais reģ. Nr.: 40003011203
 PVN reģ. Nr.: LV40003011203
 Adrese: Rīgā, Ērgļu ielā 7, LV-1012
 Tālr.: 67108704, Fakss: 67108740
 Banka: AS "Citadele banka"
 Konta Nr.: LV37 PARX 0000 8359 3000 1
 SWIFT: PARXLV22

AAS „Balta”,

Vien. reģ. Nr. 40003049409,
 PVN reģ. Nr. LV-40003049409,
 Raunas iela 10/12, Rīga, LV-1039
 Tālr.: 7082333, Fax: +371 7082332
 Banka: AS "SEB banka",
 Konta Nr. LV60 UNLA 0050 0023 0070 8
 SWIFT: UNLALV2X



Vienošanās parakstīta elektroniski ar drošu elektronisko parakstu un satur laika zīmogu.

Vienošanās parakstīta elektroniski ar drošu elektronisko parakstu un satur laika zīmogu.

Veselības apdrošināšanas noteikumi juridiskām personām

I Noteikumos lietotie termini

- 1.1. DARBINIEKS – apdrošinājumaņēmēja darbinieks, ar kuru apdrošinājumaņēmējs ir noslēdzis darba līgumu un par kuru apdrošinājumaņēmējs veic nodokļu maksājumus.
- 1.2. APDROŠINĀTAIS – fiziska persona, kurai ir apdrošināmā interese un kuras labā starp apdrošinātāju un apdrošinājumaņēmēju ir noslēgts apdrošināšanas līgums par veselības apdrošināšanu, saskaņā ar kuru, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, tiek apmaksāti ārstnieciskie izdevumi par ārstnieciskajiem pakalpojumiem līgumā noteiktās apdrošināšanas programmas apjomā.
- 1.3. APDROŠINĀŠANAS PIETEIKUMS - apdrošinātāja noteikts dokumentu kopums, kuru apdrošinājumaņēmējs iesniedz apdrošinātājam, lai informētu to par faktiem, kas nepieciešami riska novērtēšanai.
- 1.4. APDROŠINĀŠANAS PROGRAMMA – apdrošināšanas polisē norādītajam apdrošinātajam riskam paredzētais apdrošināšanas pakalpojumu kopums un/vai pakalpojumu apmaksas procents, kuru ārstnieciskos izdevumus sedz apdrošinātājs, iestājoties apdrošināšanas gadījumam.
- 1.5. APDROŠINĀJUMA SUMMA – apdrošināšanas polisē noteikta naudas summa, par kuru apdrošināta katra apdrošinātā veselība, atbilstoši polisē paredzētajam apdrošinātajam riskam un kuras ietvaros, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, izmaksā apdrošināšanas atlīdzību.
- 1.6. LIMITS – apdrošināšanas programmā vai apmaksājamās summas apmērā noteikta naudas summa vai ārstniecisko pakalpojumu skaits, atbilstoši polisē paredzētajam riskam, kura ietvaros, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, izmaksā apdrošināšanas atlīdzību.
- 1.7. ĀRSTNIECISKIE PAKALPOJUMI – ārstniecības iestādes sniegtie pakalpojumi apdrošinātajam atbilstoši apdrošināšanas programmai.
- 1.8. ĀRSTNIECISKIE IZDEVUMI – izdevumi par ārstnieciskajiem pakalpojumiem ārstniecības iestādē atbilstoši apdrošināšanas programmai.
- 1.9. ĀRSTNIECĪBAS IESTĀDE – Latvijas Republikas Veselības aprūpes iestāžu, uzņēmumu un prakšu reģistrā reģistrēta ārstniecības iestāde vai ārstu prakse, kas nodarbojas ar ārstnieciski profilaktiskās, ārstnieciskās un rehabilitācijas palīdzības sniegšanu, kā arī aptiekas un optikas iestādes, kas darbojas Latvijas Republikas teritorijā normatīvajos aktos noteiktā kārtībā, un sporta iestādes, kas sniedz pakalpojumus veselības stāvokļa uzlabošanai un profilaksei. Par sporta iestādēm šo noteikumu izpratnē netiek uzskatīti individuālie komersanti vai personas, kas, darbojoties pašnodarbinātā, saimnieciskās darbības veicēja statusā, sniedz pakalpojumus veselības stāvokļa uzlabošanai un profilaksei.
- 1.10. LĪGUMORGANIZĀCIJA – ārstniecības iestāde, kas ir noslēgusi līgumu ar apdrošinātāju par noteiktu pakalpojumu apjomu un, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, sniedz ārstnieciskos pakalpojumus apdrošinātajām personām apdrošināšanas programmas ietvaros vai apjomā, par kādu ir panākta vienošanās ar apdrošinātāju. Samaksu par apdrošinātajām personām sniegtajiem ārstnieciskajiem pakalpojumiem līgumorganizācijā sedz apdrošinātājs. Līgumorganizāciju aktuālais saraksts ir publicēts mājas lapā www.balta.lv.
- 1.11. APMĀKSĀJAMĀS SUMMAS APMĒRS – apdrošinātāja noteikts ārstniecisko pakalpojumu saraksts ar apdrošinātāja noteikto maksimālo atlīdzības summu (par konkrētu pakalpojumu).
- 1.12. KARTE – apdrošinātāja noteikta parauga veselības apdrošināšanas individuālā karte, ko izsniedz apdrošinātajam un kas apliecina apdrošināšanas līguma darbību attiecībā uz apdrošināto. Apdrošinātajam saņemot ārstnieciskos pakalpojumus līgumorganizācijās ir jāuzrāda karte kopā ar personu apliecinošu dokumentu.
- 1.13. APDROŠINĀTAIS RISKS – notikums, kura iestāšanās iespējama nākotnē, kad apdrošinātajam var rasties ārstnieciskie izdevumi.

II Vispārīgie noteikumi

2. Vispārīgie noteikumi

- 2.1. Apdrošinātājs saskaņā ar šiem noteikumiem slēdz apdrošināšanas līgumu ar apdrošinājumaņēmēju par fizisku personu – kolektīva darbinieku veselības apdrošināšanu.
- 2.2. Par apdrošināto var būt jebkura fiziska persona, kura ir Latvijas Republikas pilsonis, pastāvīgais iedzīvotājs vai personai ir pastāvīgās uzturēšanās atļauja Latvijā, ja par to ir vienojušies apdrošinātājs un apdrošinātais.
- 2.3. Apdrošināšana ir spēkā Latvijas Republikas teritorijā.
- 2.4. Apdrošinājuma summa ir noteikta katrai apdrošināšanas programmai atsevišķi un ir norādīta apdrošināšanas polisē.

- 2.5. Apdrošināšanas gadījums ir iestājies, ja apdrošinātais ir saņēmis ārstnieciskos pakalpojumus apdrošināšanas periodā un, saskaņā ar apdrošināšanas programmu un šiem noteikumiem, apdrošinātājam ir pienākums apmaksāt ārstnieciskos izdevumus.
- 2.6. Veselības apdrošināšanā, apmaksājot ārstnieciskos izdevumus par saņemtajiem ārstnieciskajiem pakalpojumiem, tiek piemērots kompensācijas princips, izmaksājot apdrošināšanas atlīdzību līgumorganizācijai, apdrošinātājam vai viņa pilnvarotajai personai.
- 2.7. Veselības apdrošināšanas kartes darbība tiek pārtraukta brīdī, kad tā ir iesniegta Apdrošinātājam.

III Apdrošināšanas līguma noslēgšana

3. Apdrošināšanas līguma sastāvdaļas

- 3.1. Pirms apdrošināšanas līguma noslēgšanas apdrošinājuma ņēmējs aizpilda apdrošināšanas pieteikumu vai sniedz apdrošināmā riska novērtēšanai nepieciešamo informāciju citā apdrošinātāja pieprasītā veidā. Apdrošināšanas pieteikums neuzliek par pienākumu ne apdrošinātājam, ne apdrošinājuma ņēmējam uzņemties kādas saistības.
- 3.2. Apdrošināšanas līgumu veido:
 - 3.2.1. apdrošinājuma ņēmēja rakstveida pieteikums (riska izvērtēšanas anketa, apdrošināto saraksts, utml.);
 - 3.2.2. veselības apdrošināšanas polise;
 - 3.2.3. vispārējie apdrošināšanas noteikumi, juridisko personu veselības apdrošināšanas noteikumi;
 - 3.2.4. īpašie noteikumi, ja puses par to ir vienojušās;
 - 3.2.5. apdrošināšanas programma(as) un apmaksājamo summu apmēri, ja tādi ir;
 - 3.2.6. karte (-s), izņemot gadījumus, kad puses vienojušās par karšu neizsniegšanu;
 - 3.2.7. pielikums par sensitīvo personas datu apstrādi;
 - 3.2.8. visi līguma grozījumi vai papildinājumi, par kuriem apdrošinātājs un apdrošinājuma ņēmējs ir vienojušies apdrošināšanas līguma darbības laikā.

IV Pienākumi un tiesības

4 Apdrošinātāja pienākumi un tiesības

- 4.1. Apdrošinātājam ir pienākums saskaņā ar noslēgto apdrošināšanas līgumu, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, veikt apdrošināšanas atlīdzības izmaksu šo noteikumu V nodaļā paredzētajā kārtībā.
- 4.2. Apdrošinātājam ir tiesības piedzīt no apdrošinātā un/vai apdrošinājuma ņēmēja naudas summu, kas ir izmaksāta līgumorganizācijai:
 - 4.2.1. pārsniedzot apdrošinājuma summu;
 - 4.2.2. pārsniedzot limitu;
 - 4.2.3. saņemot ārstniecisko pakalpojumu, kas apdrošināšanas programmā nav paredzēts; saņemot ārstniecisko pakalpojumu pēc veselības apdrošināšanas individuālās kartes darbības pārtraukšanas.
- 4.3. Apdrošinātājs var izmantot tiesības vienpusēji mainīt līgumorganizāciju sarakstā iekļautās ārstniecības iestādes.

5. Apdrošinājuma ņēmēja pienākumi

- 5.1. Apdrošinājuma ņēmējam ir šādi pienākumi:
 - 5.1.1. izsniegt apdrošinātājam kartes (ja tādas tiek izsniegtas) un informēt apdrošināto par to, ka viņš tiek apdrošināts un iepazīstināt to ar apdrošināšanas programmu un noteikumiem. Pretējā gadījumā apdrošinājuma ņēmējs atbild par neinformētības sekām un sedz tos izdevumus, kas apdrošinātājam radušies apdrošināto neinformētības rezultātā;
 - 5.1.2. rakstveidā iesniegt apdrošinātājam izmaiņas apdrošināto sarakstā;
 - 5.1.3. atdot apdrošinātājam apdrošinātā veselības apdrošināšanas karti, kad apdrošinātais tiek izslēgts no apdrošināto saraksta;
 - 5.1.4. atmaksāt apdrošinātājam naudas summu, par kuru apdrošinātais ir saņēmis ārstnieciskos pakalpojumus, apdrošinātāja iesniegtajā rēķinā norādītajā termiņā:
 - 5.1.4.1. pārsniedzot apdrošinājuma summu;
 - 5.1.4.2. pārsniedzot limitu;
 - 5.1.4.3. saņemot ārstniecisko pakalpojumu, kas apdrošināšanas programmā nav paredzēts;
 - 5.1.4.4. saņemot ārstniecisko pakalpojumu pēc kartes darbības pārtraukšanas.
- 5.2. Strīdus gadījumā par apdrošinātā atbilstību darbinieka statusam, pēc apdrošinātāja rakstiska pieprasījuma sniegt informāciju, kas apliecina, ka par darbinieku ir veikti Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktie nodokļu maksājumi.

6. Apdrošinātā pienākumi un tiesības

- 6.1. Apdrošinātajam ir šādi pienākumi:
 - 6.1.1. rūpēties par savas veselības saglabāšanu;
 - 6.1.2. iepazīties ar 5.1.1. punktā norādīto informāciju;
 - 6.1.3. iestāties apdrošināšanas gadījumam, ievērot ārstējošā ārsta norādījumus;
 - 6.1.4. nepieļaut iespēju citai personai izmantot viņa karti - šāda rīcība tiek kvalificēta kā krāpniecība;
 - 6.1.5. atdot apdrošinājuma ņēmējam vai apdrošinātajam karti, kad apdrošinātais tiek izslēgts no apdrošināto saraksta;
 - 6.1.6. sekot saviem medicīniskajiem izdevumiem, lai nepārsniegtu apdrošinājuma summu un/vai limitu;
 - 6.1.7. atmaksāt apdrošinātajam naudas summu, par kuru apdrošinātais ir saņēmis ārstnieciskos pakalpojumus apdrošinātāja iesniegtajā rēķinā norādītajā termiņā:
 - 6.1.7.1. pārsniedzot apdrošinājuma summu;
 - 6.1.7.2. pārsniedzot limitu;
 - 6.1.7.3. saņemot ārstniecisko pakalpojumu, kas apdrošināšanas programmā nav paredzēts;
 - 6.1.7.4. saņemot ārstniecisko pakalpojumu pēc kartes darbības pārtraukšanas.
 - 6.1.8. Kartes nozaudēšanas vai zādzības gadījumā, tiklīdz tas iespējams, ziņot apdrošinājuma ņēmējam vai apdrošinātajam. Ja apdrošinātais nozaudē karti, tā uzskatāma par nederīgu. Šajā gadījumā apdrošinātais, pamatojoties uz apdrošinājuma ņēmēja vai apdrošinātā rakstisku iesniegumu, izdod tās dublikātu.
- 6.2. Apdrošinātais apdrošināšanas periodā var saņemt ārstnieciskos pakalpojumus ārstniecības iestādē, kas nav attiecīgās programmas apdrošinātāja līgumorganizācija, ja apdrošināšanas programma paredz šādu iespēju. Apdrošinātais par saņemtiem ārstnieciskajiem pakalpojumiem norēķinās no personīgajiem līdzekļiem apdrošināšanas periodā un, tiklīdz tas iespējams, bet ne vēlāk kā 30 dienu laikā pēc līguma darbības beigām, iesniedz atlīdzības pieteikumu par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu un citus 8.punktā minētos dokumentus.
- 6.3. Apdrošinātais ir atbildīgs par iesniedzamo datu pareizību, iesniedzot maksājumu dokumentu oriģinālus Valsts ieņēmumu dienestā (VID), lai saņemtu kompensāciju par attaisnotajiem izdevumiem par ārstnieciskajiem pakalpojumiem.
- 6.4. Apdrošinātais ar savu parakstu apliecina, ka pilnvaro apdrošinātāju apstrādāt un izmantot personas sensitīvos datus, kā arī piekrist ekspertīzei pie apdrošinātāja izvēlēta ārsta eksperta veselības stāvokļa pārbaudei sakarā ar apdrošināšanas gadījumu. Šis pilnvarojums tiek noformēts kā pielikums pie polises par sensitīvo personas datu apstrādi.
- 6.5. Gadījumā, ja apdrošināšanas atlīdzības pieteikums un citi atlīdzības saņemšanai nepieciešamie dokumenti iesniegti elektroniski apdrošinātāja interneta mājas lapā www.balta.lv, apdrošinātajam ir pienākums uzglabāt apdrošinātājam iesniegto dokumentu oriģinālus 3 gadus pēc pakalpojuma saņemšanas, kā arī pēc apdrošinātāja rakstiska pieprasījuma uzrādīt dokumentu oriģinālus.

V Apdrošināšanas atlīdzība

7. Apdrošināšanas atlīdzības pieteikšana

- 7.1. Apdrošināšanas atlīdzību var pieteikt:
 - 7.1.1. apdrošinātais, tā pilnvarotā persona vai likumiskais pārstāvis:
 - 7.1.1.1. apdrošinātāja birojā;
 - 7.1.1.2. nosūtot pa pastu;
 - 7.1.2. tikai apdrošinātais – elektroniski interneta mājas lapā www.balta.lv;
- 7.2. Apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai ir jāiesniedz šādi dokumenti:
 - 7.2.1. pieteikums apdrošināšanas atlīdzības izmaksai, izņemot atlīdzību piesakot elektroniski;
 - 7.2.2. izraksts no ambulatorā un/vai stacionārā slimnieka medicīniskās kartes, kas apstiprina saņemtos ārstnieciskos pakalpojumus un kur norādīta pilna diagnoze, lietotā ārstēšana, ārstēšanās gaita; izmeklējumu rezultāti, kas apstiprina diagnozi;
 - 7.2.3. ārstnieciskos izdevumus apstiprinoši finansu dokumenti, kuros precīzi norādīts pakalpojuma saņēmējs, pakalpojuma (preces) nosaukums un daudzums, cena;
 - 7.2.4. citi apdrošinātāja pieprasītie dokumenti, kas saistīti ar apdrošināšanas gadījuma iestāšanos un atlīdzības noteikšanu;
 - 7.2.5. ja atlīdzību saņem apdrošinātā pilnvarota persona – notariāli apstiprināta pilnvara;
 - 7.2.6. ja atlīdzību saņem likumiskais pārstāvis (nepilngadīga apdrošinātā tēvs, māte vai aizbildnis) – bērna dzimšanas apliecības kopija.

8. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa

- 8.1. Apdrošināšanas atlīdzību apdrošinātājs izmaksā:

- 8.1.1. līgumorganizācijai – saskaņā ar savstarpēji noslēgto līgumu;
- 8.1.2. apdrošinātajam vai tā pilnvarotajai personai, kas norēķinājies no personīgiem līdzekļiem par ārstnieciskajiem pakalpojumiem, atbilstoši apdrošināšanas programmai;
- 8.1.3. apdrošinātā bērna likumiskajam pārstāvim, kas norēķinājies par bērnam sniegtajiem ārstnieciskajiem pakalpojumiem no personīgiem līdzekļiem, atbilstoši apdrošināšanas programmai;
- 8.2. Ja apdrošinātais no personīgajiem līdzekļiem norēķinājies par programmā paredzētajiem pakalpojumiem ārstniecības iestādē, kas nav attiecīgās programmas apdrošinātāja līgumorganizācija vai par pakalpojumiem, kas nav iekļauti apdrošinātāja apmaksājamo pakalpojumu sarakstā līgumorganizācijā, un ja apdrošināšanas programma paredz šādu iespēju, tad atlīdzība tiek izmaksāta par faktiskajiem izdevumiem, bet nepārsniedzot apdrošinātāja noteikto maksimālo atlīdzību summu/apmaksājamās summas apmēru par attiecīgo ārstniecisko pakalpojumu.
- 8.3. Ja ārstniecības iestādes ārstnieciskā pakalpojuma cena pārsniedz apdrošinātāja noteikto apmaksājamās summas apmēru, cenas starpību apdrošinātais sedz no personīgajiem līdzekļiem.
- 8.4. Kopējā izmaksājamā apdrošināšanas atlīdzība par vienu vai vairākiem apdrošināšanas gadījumiem apdrošināšanas līguma darbības laikā nedrīkst pārsniegt apdrošināšanas programmas apdrošinājuma summu. Līgums pēc apdrošināšanas atlīdzības izmaksāšanas paliek spēkā starpības apmērā starp sākotnējo apdrošinājuma summu un izmaksāto atlīdzību.
- 8.5. Apdrošinātājs lēmumu par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu vai atteikumu izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību pieņem 7 darba dienu laikā no visu nepieciešamo dokumentu saņemšanas dienas. Ja apdrošinātajam objektīvu iemeslu dēļ nav iespējams ievērot šo termiņu, apdrošinātājs to var pagarināt uz laiku līdz sešiem mēnešiem no dienas, kad saņemts atlīdzības pieteikums, rakstiski par to informējot personu, kurai ir tiesības saņemt apdrošināšanas atlīdzību.
- 8.6. Apdrošinātājs ir tiesīgs atteikties izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību, ja apdrošinājuma ņēmējs vai apdrošinātais ar jaunu nolūku vai rupjas neuzmanības dēļ nav izpildījis kādu no šajos noteikumos un savstarpēji noslēgtajā līgumā starp apdrošinājuma ņēmēju un apdrošinātāju minētos pienākumus.

9. Izņēmumi

- 9.1. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta, ja ārstnieciskie izdevumi radušies sekojošu iemeslu dēļ:
 - 9.1.1. apdrošinātajam piedaloties kara vai karam pielīdzinātās darbībās, jebkura veida militāru formējumu darbībā, terorisma, kā arī masu nemieru rezultātā;
 - 9.1.2. radioaktīvās saindēšanās, radioaktīvā piesārņojuma, dabas katastrofu rezultātā;
 - 9.1.3. apdrošinātajam ārstējot pašam sevi, lietojot medikamentus vai narkotiskas vielas, ja to lietošana nav paredzēta no ārstnieciskā viedokļa vai ārsts tos nav izrakstījis;
 - 9.1.4. ja apdrošināšanas gadījums ir iestājies alkohola, toksisko, narkotisko vai citu apreibinošo vielu lietošanas rezultātā;
 - 9.1.5. ja apdrošinātais pats apzināti nodarījis kaitējumu savai veselībai;
 - 9.1.6. apdrošinātajam izdarot noziedzīgu nodarījumu vai piedaloties tajā, ja stājies spēkā notiesājošs spriedums.
- 9.2. Veselības apdrošināšana nesedz:
 - 9.2.1. izdevumus par pakalpojumiem, kas attiecīgajā apdrošināšanas programmā minēti kā neapmaksājami pakalpojumi;
 - 9.2.2. honorārus;
 - 9.2.3. seksuāli transmisīvo slimību diagnostiku un ārstēšanu, saslimšanu ar AIDS un HIV vīrusa pārnēsāšanu, diagnostiku un ārstēšanu;
 - 9.2.4. putnu un cūku gripas vīrusu diagnostiku un ārstēšanu;
 - 9.2.5. ģenētiskos izmeklējumus;
 - 9.2.6. grūtniecības aprūpes līgumus;
 - 9.2.7. pirmsoperācijas un pēcoperācijas aprūpes līgumus;
 - 9.2.8. plastisko ķirurģiju;
 - 9.2.9. konservatīvās un ķirurģiskās (bariatrikās) ārstēšanas metodes pacientiem ar patoloģisku aptaukošanos, t.sk. gastroplastiku;
 - 9.2.10. individuālo posteni stacionārā;
 - 9.2.11. orgānu transplantācijas operācijas;
 - 9.2.12. radnieka vai tuvas personas uzturēšanos stacionārā;
 - 9.2.13. sociālo aprūpi, mājas aprūpi;
 - 9.2.14. izglītojoši informatīvas nodarbības un lekcijas;
 - 9.2.15. audu aizstājējmateriālus; espanderus; protēzes; implantus; medicīnisko aparatūru;
 - 9.2.16. ambulatoros un stacionāros pakalpojumus iestādēs, kas nav reģistrētas LR Ārstniecības iestāžu un sertifikācijas reģistrā.

Valsts akciju sabiedrība "Latvijas Valsts radio un televīzijas centrs"

Vienotais reģ. Nr.: 40003011203

PVN reģ. Nr.: LV40003011203

Adrese: Rīgā, Ērgļu ielā 7, LV-1012

Tālr.:67108704, Fakss: 67108740

Banka: AS "Citadele banka"

Konta Nr.: LV37 PARX 0000 8359 3000 1

SWIFT: PARXLV22

[Redacted signature]

[Redacted signature]

[Redacted signature]

Vienošanās parakstīta elektroniski ar drošu elektronisko parakstu un satur laika zīmogu.

AAS „Balta” ,

Vien. reģ. Nr. 40003049409,

PVN reģ. Nr. LV-40003049409,

Raunas iela 10/12, Rīga, LV-1039

Tālr.: 7082333, Fax: +371 7082332

Banka: AS"SEB banka",

Konta Nr.LV60 UNLA 0050 0023 0070 8

SWIFT: UNLALV2X

[Redacted signature]

Vienošanās parakstīta elektroniski ar drošu elektronisko parakstu un satur laika zīmogu.