

## **APDROŠINĀŠANAS LĪGUMS**

**Fiskālās disciplīnas padome**, reģ. Nr. 90010248231, juridiskā adrese: Smilšu iela 1, Rīga, LV-1919, tās sekretāres Daces Kalsones personā, kura darbojas saskaņā ar Fiskālās disciplīnas padomes 2015.gada 1.decembra "Fiskālās disciplīnas padomes nolikumu" (turpmāk – APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS), no vienas puses, un

**Compensa Life Vienna Insurance Group SE Latvijas filiāle**, kura reģistrēta Compensa Life Vienna Insurance Group SE Latvijas filiāle ar reģ. Nr. 50003958651, juridiskā adrese: Vienības gatve 87h, Rīga, LV-1004 un, kuras vārdā saskaņā ar pilnvaru rīkojas, tās filiāles vadītājs Viktora Gustsona personā (turpmāk - APDROŠINĀTĀJS), no otras puses, un abas kopā un katra atsevišķi sauktas par Pusēm,

pamatojoties uz Publisko iepirkumu likumu (turpmāk – PIL), 2017.gada 22.novembra iepirkuma komisijas lēmumu atklātā konkursā „Finanšu ministrijas, tās padotības iestāžu un Fiskālās disciplīnas padomes nodarbināto personu veselības apdrošināšana” (Iepirkuma identifikācijas Nr. FM2017/48 (CI)) (turpmāk – Konkurss) un APDROŠINĀTĀJA Konkurssam iesniegto piedāvājumu, noslēdz šādu līgumu (turpmāk – Līgums):

### **1. Līguma priekšmets**

APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS uzdod un APDROŠINĀTĀJS veic veselības apdrošināšanas pakalpojumu (turpmāk – Pakalpojums) saskaņā ar šā Līguma 1.pielikumu (Tehniskā specifikācija), 2.pielikumu (Finanšu piedāvājums), 3.pielikumu (Apdrošināto personu saraksts) un 4.pielikumu (Apdrošināšanas noteikumi un programma), kas ir neatņemamas tā sastāvdaļas.

### **2. Līguma izpildes vieta, spēkā stāšanās un darbības laiks**

- 2.1. Līguma izpildes vieta: Latvija Republikas teritorija.
- 2.2. Līguma izpildes laiks: divi apdrošināšanas gadi.
- 2.3. Līgums stājas spēkā ar tā parakstīšanas dienu un ir spēkā līdz Līgumā paredzēto saistību pilnīgai izpildei par šā Līguma 5.1.apakšpunktā norādīto Kopējo Līgumcenu.

### **3. Apdrošinātās personas**

- 3.1. APDROŠINĀTĀJS saskaņā ar Līguma 1.pielikumu (Tehniskā specifikācija) apdrošina veselību APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA norādītiem darbiniekiem (turpmāk- Apdrošināmās/tās personas), kas ir iekļautas apdrošināto personu sarakstā (turpmāk – Apdrošināto saraksts).
- 3.2. Pēc Līguma spēkā stāšanās un pēc pirmā apdrošināšanas gada APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS iesniedz APDROŠINĀTĀJAM Apdrošināto sarakstu, kurā norāda Apdrošināmo personu skaitu, vārdu, uzvārdu, personas kodu, izvēlēto apdrošināšanas programmu.
- 3.3. APDROŠINĀTĀJAM saskaņā ar Līguma 1.pielikuma noteikumiem jānodrošina iespēja APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM veikt izmaiņas Apdrošināto sarakstā ne retāk kā 1 (vienu) reizi mēnesī visā Līguma spēkā esamības laikā.
- 3.4. Sākotnējais Apdrošināto personu skaits Līguma spēkā esamības laikā var mainīties, par to APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM iesniedzot informāciju (rakstveida elektronisks paziņojums) APDROŠINĀTĀJAM, kurā norādītas Apdrošināto sarakstā iekļaujamas/no tā

izslēdzamās Apdrošinātās personas, tajā skaitā Apdrošināto personu vārdu, uzvārdu, personas kodu un attiecīgo apdrošināšanas programmu.

#### **4. Polise un individuālās apdrošināšanas kartes**

- 4.1. APDROŠINĀTĀJS 10 (*desmit*) darbdienu laikā pēc Līguma spēkā stāšanās un Apdrošināto saraksta saņemšanas dienas, sagatavo un izsniedz APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM veselības apdrošināšanas polisi (turpmāk - Polise) uz 1 (*vienu*) gadu (turpmāk – Apdrošināšanas gads), kas kļūst par Līguma neatņemamu sastāvdaļu.
- 4.2. Līgums paredz šādus Polises spēkā stāšanās periodus (turpmāk – periods):
  - 4.2.1. 1.periods: 2018.gada 23.janvāris, plkst. 00.00 un ir spēkā līdz 2019.gada 22.janvārim, plkst. 24.00;
  - 4.2.2. 2.periods: 2019.gada 23.janvāris, plkst. 00.00 un ir spēkā līdz 2020.gada 22.janvārim, plkst. 24.00.
- 4.3. Vienlaicīgi ar Polises izsniegšanu APDROŠINĀTĀJS APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM piegādā Apdrošināto sarakstā iekļauto Apdrošināto personu individuālās veselības apdrošināšanas kartes (turpmāk - Karte) un, saskaņā ar Līguma 1.pielikumu, Līguma 13.1.apakšpunktā norādītai APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA norādītai kontaktpersonai iesniedz elektroniski: detalizētu veselības apdrošināšanas programmas aprakstu (turpmāk – Programma) un informāciju par apdrošināšanas atlīdzības saņemšanas kārtību un noteikumiem, iestājoties apdrošināšanas gadījumam (turpmāk – Apdrošināšanas noteikumi).
- 4.4. Apdrošināšanas noteikumi nedrīkst atšķirties no Līguma noteikumiem un nedrīkst tikt iztulkoti šaurāk kā APDROŠINĀTĀJA iesniegtajā piedāvājumā Konkursam. Ja APDROŠINĀTĀJA apdrošināšanas noteikumi ir pretrunā ar šo Līgumu, tad galvenie ir Līguma nosacījumi.
- 4.5. APDROŠINĀTĀJS šā Līguma 8.4. apakšpunktā noteiktā gadījumā 5 (*piecu*) darbdienu laikā no maksājuma saņemšanas Apdrošinātai personai bez papildus maksas nodrošina Līguma 4.3. apakšpunktā minēto dokumentu izsniegšanu/apmaiņu.

#### **5. Līguma kopējā summa, apdrošināšanas summa un apdrošināšanas prēmija**

- 5.1. Kopējā līgumcena visā Līguma spēkā esamības laikā nedrīkst pārsniegt 2049 EUR (*divi tūkstoši četrdesmit deviņi euro*) (turpmāk – Kopējā Līgumcena). Kopējā Līgumcenā ir iekļauta 20% (*divdesmit procenti*) APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA rezerve atbilstoši paredzamām Apdrošināmo personu skaita izmaiņām.
- 5.2. Apdrošināšanas prēmija vienai Apdrošinātai personai, kura apdrošināta saskaņā ar Polises noteikumiem ir 213.43 EUR (*divi simti trīspadsmit euro 43 centi*).
- 5.3. Detalizētas Pakalpojuma izmaksas norādītas Līguma 1. un 2.pielikumā.
- 5.4. Apdrošināšanas gada apdrošināšanas summa un prēmija katrai Apdrošinātajai personai ir norādīta Polisē, kas ir Līguma neatņemama sastāvdaļa.
- 5.5. Apdrošināšanas prēmijā (turpmāk- Apdrošināšanas prēmija) ir ietvertas izmaksas, kas saistītas ar Pakalpojuma sniegšanu, tajā skaitā, Kartes, APDROŠINĀTĀJA darbinieku darba samaksa, Pakalpojuma sniegšanā izmantojamie materiāli, inventārs, kas nepieciešams pilnīgai un kvalitatīvai Pakalpojuma izpildei, transporta izdevumi, kā arī uz Pakalpojuma sniegšanu attiecināmie nodokļi un nodevas, un citas ar Pakalpojuma sniegšanu saistītās visas izmaksas.

#### **6. Apakšuzņēmēji**

*(attiecas uz gadījumiem, kad tiek piesaistīti Līguma izpildē)*

- 6.1. Puses vienojas, ka Līguma izpildē iesaistītā/o apakšuzņēmēja/u nomaina tiek veikta ievērojot PIL 62.panta tiesisko regulējumu, tajā skaitā:
  - 6.1.1. APDROŠINĀTĀJS nav tiesīgs bez saskaņošanas ar APDROŠINĀŠANAS ŅĒMĒJU veikt Konkursam iesniegtā piedāvājumā norādīto apakšuzņēmēju nomainītu, kā arī papildu apakšuzņēmēju iesaistīšanu Līguma izpildē.

- 6.1.2. APDROŠINĀŠANAS ŅĒMĒJS nepiekrīt APDROŠINĀTĀJA Konkursam iesniegtajā piedāvājumā norādīto apakšuzņēmēju nomainai, ja pastāv kāds no šādiem nosacījumiem:
- 6.1.2.1. APDROŠINĀTĀJA piedāvātais apakšuzņēmējs neatbilst tām paziņojumā par līgumu un Konkursa nolikumā noteiktajām prasībām, kas attiecas uz APDROŠINĀTĀJA apakšuzņēmējiem;
- 6.1.2.2. tiek nomainīts apakšuzņēmējs, uz kura iespējām Konkursā APDROŠINĀTĀJS balstījies, lai apliecinātu savas kvalifikācijas atbilstību paziņojumā par līgumu un Konkursa nolikumā noteiktajām prasībām, un piedāvātajam apakšuzņēmējam nav vismaz tādas pašas kvalifikācijas, uz kādu Konkursā APDROŠINĀTĀJS atsaucies, apliecinot savu atbilstību Konkursā noteiktajām prasībām, vai tas atbilst PIL 42.panta pirmajā daļā minētajiem pretendentu izslēgšanas gadījumiem;
- 6.1.2.3. APDROŠINĀTĀJA piedāvātais apakšuzņēmējs, kura sniedzamo pakalpojumu vērtība ir vismaz 10% (desmit procenti) no kopējās iepirkuma līguma vērtības, atbilst PIL 42.panta pirmajā daļā minētajiem pretendentu izslēgšanas gadījumiem;
- 6.1.2.4. apakšuzņēmēja maiņas rezultātā tiktu izdarīti tādi grozījumi APDROŠINĀTĀJA Konkursam iesniegtajā piedāvājumā, kuri, ja sākotnēji būtu tajā iekļauti, ietekmētu piedāvājuma izvēli atbilstoši Konkursa nolikumā noteiktajiem piedāvājuma izvērtēšanas kritērijiem.
- 6.1.3. APDROŠINĀTĀJS drīkst veikt apakšuzņēmēju nomaini, uz kuriem neattiecas Līguma 6.1.2.apakšpunkta noteikumi, tajā skaitā to vēlāku iesaistīšanu Līguma izpildē, ja APDROŠINĀTĀJS par to paziņojis APDROŠINĀŠANAS ŅĒMĒJAM un saņēmis tā rakstveida piekrišanu apakšuzņēmēju nomainai /jauna apakšuzņēmēja iesaistīšanai Līguma izpildē;
- 6.1.4. APDROŠINĀŠANAS ŅĒMĒJS piekrīt apakšuzņēmēja nomainai vai jauna apakšuzņēmēja iesaistīšanai Līguma izpildē, ja uz APDROŠINĀTĀJA piedāvāto apakšuzņēmēju neattiecas PIL 42.panta pirmajā daļā minētie kandidātu un pretendentu izslēgšanas nosacījumi (*APDROŠINĀŠANAS ŅĒMĒJS pārbaudi veiks, ievērojot PIL panta 42. panta noteikumus*).
- 6.1.5. APDROŠINĀŠANAS ŅĒMĒJS pieņem lēmumu atļaut/atteikt APDROŠINĀTĀJAM apakšuzņēmēju nomaini/ jaunu apakšuzņēmēju iesaistīšanu Līguma izpildē iespējami īsā laikā, bet ne vēlāk kā piecu darbdienu laikā pēc tam, kad saņēmis visu informāciju un dokumentus, kas nepieciešami Līguma 6.1.4.apakšpunktā minētā lēmuma pieņemšanai.

## 7. Pakalpojuma izpilde

- 7.1. APDROŠINĀTĀJS sniedz Pakalpojumu Līguma spēkā esamības laikā (Līguma 4.2. apakšpunkts).
- 7.2. APDROŠINĀTĀJS Pakalpojumu APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM nodrošina ar saviem resursiem.
- 7.3. APDROŠINĀTĀJS maksā apdrošināšanas atlīdzību saskaņā ar Latvijas Republikas likumu "Par apdrošināšanas līgumu", Līgumā noteikto apmēru, kārtību un termiņiem.
- 7.4. APDROŠINĀTĀJS atlīdzina veiktos maksājumus par Pakalpojumiem, kas Apdrošinātajām personām sniegti ārpus Līgumiestādēm saskaņā ar Līguma 1.pielikumā noteikto kārtību. APDROŠINĀTĀJS ne vēlāk kā 7 (*septiņu*) darbdienu laikā no visu dokumentu saņemšanas brīža vai ne vēlāk kā 5 (*piecu*) darbdienu laikā, ja Apdrošināšanas atlīdzība pieteikta elektroniski, pārskaita atlīdzību saskaņā ar Līguma 1.pielikumā noteikto apjomu uz Apdrošinātās personas norādīto bankas kontu.
- 7.5. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS informē APDROŠINĀTĀJU par nepieciešamajām izmaiņām Apdrošināto sarakstā, iesniedzot rakstisku pieteikumu.
- 7.6. APDROŠINĀTĀJS par iespējamiem vai paredzamiem kavējumiem Līguma izpildē, apstākļiem, notikumiem, kas ietekmē Līguma precīzu un pilnīgu izpildi /tā izpildi noteiktajā laikā, informē APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJU laikus, bet ne vēlāk kā 1 (*vienas*) darbdienu

laikā, skaitot no brīža, kad APDROŠINĀTĀJAM tie ir kļuvuši zināmi.

7.7. Puses vienojas, ka APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM:

7.7.1. ir tiesības APDROŠINĀTĀJAM dot saistošus norādījumus par Līguma izpildi;

7.7.2. saņemt no APDROŠINĀTĀJA informāciju un paskaidrojumus par Līguma izpildes gaitu un citiem Līguma izpildes jautājumiem.

## 8. Noreķinu kārtība

- 8.1. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS pēc Līguma noslēgšanas 30 dienu laikā vienā maksājumā samaksā apdrošināšanas prēmiju (turpmāk – Apdrošināšanas prēmija) 853, 72\_EUR (*astoņi simti piecdesmit trīs euro 72 centi*) apmērā par vienu Apdrošināšanas gadu. Apdrošināšanas prēmiju veido Apdrošināmo personu skaits Apdrošināto sarakstā reizināts ar apdrošināšanas prēmiju vienai Apdrošināmai personai.
- 8.2. Maksājumus par papildus Apdrošināmām personām (saskaņā ar APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA iesniegto paziņojumu par izmaiņām Apdrošināto sarakstā) APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS maksā 10 (*desmit*) darbdienu laikā no attiecīga rēķina saņemšanas dienas.
- 8.3. Apdrošināšanas prēmiju par Pakalpojumu saskaņā ar APDROŠINĀTĀJA piedāvātajām veselības apdrošināšanas papildprogrammām un/vai ģimenes locekļu apdrošināšanu APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA darbinieka ģimenes loceklis maksā APDROŠINĀTĀJAM no personiskajiem līdzekļiem.
- 8.4. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA jaunās Apdrošināmās personas tiek apdrošinātas uz atlikušo Līguma spēkā esamības laiku, Apdrošināšanas prēmiju aprēķinot proporcionāli atlikušajam Līguma spēkā esamības laikam par pilniem kalendāriem mēnešiem.
- 8.5. Maksājumus par šā Līguma 8.4. apakšpunktā minētām Apdrošināmām personām veic (saskaņā ar APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA iesniegto paziņojumu par izmaiņām Apdrošināto sarakstā) 10 (*desmit*) darbdienu laikā no attiecīga rēķina saņemšanas dienas.
- 8.6. Gadījumā, ja ārstniecības iestāde, kura ir APDROŠINĀTĀJA Līgumiestāde, atsakās pieņemt Apdrošinātās personas Karti, un Apdrošinātā persona saņemusi Pakalpojumu, par kuru apdrošināšanas atlīdzības izmaksu paredz Polises noteikumi un pakalpojuma programma, Apdrošinātā persona ir tiesīga prasīt un APDROŠINĀTĀJS apņemas samaksāt Apdrošinātai personai radušos zaudējumus, ja atteikums sniegt pakalpojumu Polises noteikumu ietvaros ir bijis nepamatots.
- 8.7. Kopējās līgumcenas apmaksā tiek:
  - 8.7.1. līdzfinansēta no Eiropas Savienības Struktūrfondu un Kohēzijas fonda projektu finanšu līdzekļiem un citu ārvalstu finansēto projektu (turpmāk- Projekti) finanšu līdzekļiem;
  - 8.7.2. finansēta no Fiskālās disciplīnas padomes pamatbudžeta.

## 9. Pakalpojuma kvalitāte

Kvalitatīvs Pakalpojums atbilst Līgumā un normatīvajos aktos noteiktām prasībām attiecībā uz Pakalpojuma kvalitāti.

## 10. Pušu atbildība

- 10.1. Ja APDROŠINĀTĀJS nesniedz Pakalpojumu atbilstoši Līguma noteikumiem, kas izpaužas kā Līgumā noteikto termiņu neievērošana, tad APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM ir tiesības piemērot līgumsodu. Šādā gadījumā APDROŠINĀTĀJS pēc pirmā APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA rakstiska pieprasījuma maksā APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM līgumsodu 0,01% (*nulle, komats, nulle viens procenti*) apmērā (turpmāk- Līgumsods) no attiecīgās Polises Apdrošināšanas Prēmijas par katru kavēto dienu, bet ne vairāk kā 10 % no kavētās saistību summas.
- 10.2. Par apmaksas termiņa neievērošanu APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS, pēc APDROŠINĀTĀJA pirmā rakstiska pieprasījuma, maksā APDROŠINĀTĀJAM nokavējuma procentus 0,01% (*nulle, komats, nulle viena procenta*) apmērā no nokavētā maksājuma summas par katru nokavēto dienu. Nokavējuma procentu samaksa neatbrīvo no Līguma saistību izpildes.

- 10.3. Pēc APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA rakstiska pieprasījuma APDROŠINĀTĀJS atlīdzina visus zaudējumus pilnā apmērā, kas radušies APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM APDROŠINĀTĀJA vainas dēļ, Līguma nepienācīgas izpildes rezultātā.
- 10.4. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM ir tiesības ieturēt Līguma ietvaros Apdrošinātajai personai izmaksājamo naudas summu par tādu summu, kas nepieciešama Līgumsoda, zaudējumu un/vai citu prasījumu dzēšanai.
- 10.5. APDROŠINĀTĀJAM netiek kompensēti ar Pakalpojuma nodrošināšanu saistīti darbi, kuri jāveic atkārtoti sakarā ar konstatētiem trūkumiem Pakalpojuma izpildē.

## **11. Nepārvarama vara**

- 11.1. Puses tiek atbrīvotas no atbildības par Līguma saistību neizpildi, ja to izraisījuši nepārvaramas varas apstākļi, kurus Līguma slēdzēji nevarēja paredzēt, kontrolēt vai novērst un par kuru iestāšanos Līguma slēdzēji nav vainojami. Par nepārvaramās varas apstākļiem uzskatāmas dabas stihijas, ugunsgrēki, karadarbība, nemieri, sacelšanās, streiki, epidēmijas, embargo, ierobežojumi enerģijas padevē, valdības lēmumi un citi ārpus Līguma slēdzēju kontroles esoši apstākļi.
- 11.2. Nepārvaramas varas iestāšanās gadījumā vienai Pusei nekavējoties rakstiski jāinformē par to otru Pusi.

## **12. Strīdu izskatīšana un Līguma izbeigšana**

- 12.1. Strīdus un nesaskaņas, kas var rasties Līguma izpildes rezultātā vai sakarā ar Līgumu, Puses risina savstarpēju pārrunu ceļā.
- 12.2. Ja Puses nevar panākt vienošanos 30 (*trīsdesmit*) kalendāro dienu laikā, tad domstarpības risināmas saskaņā ar spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem Latvijas Republikas tiesā.
- 12.3. No Līguma izrietošās saistības ir apspriežamas atbilstoši Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem.
- 12.4. Jautājumos, kas Līgumā netiek noregulēti, Puses vadās pēc Latvijas Republikas spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem.
- 12.5. Puses var izbeigt Līgumu pirms Līguma termiņa beigām, Pusēm rakstveidā savstarpēji vienojoties.
- 12.6. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM ir tiesības vienpusēji atkāpties no Līguma bez APDROŠINĀTĀJA piekrišanas, ja:
  - 12.6.1. APDROŠINĀTĀJS nepilda/pilda nekvalitatīvi Līgumā noteiktās saistības un par to APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS rakstveidā ir brīdinājis APDROŠINĀTĀJU;
  - 12.6.2. ir pasludināts APDROŠINĀTĀJA maksātnespējas process/ iestājas citi apstākļi, kas liedz vai liegs APDROŠINĀTĀJAM turpināt Līguma izpildi saskaņā ar Līguma noteikumiem /kas negatīvi ietekmē APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA tiesības, kuras izriet no Līguma;
  - 12.6.3. APDROŠINĀTĀJAM piemērotā Līgumsoda apmērs sasniedzis 10% (*desmit procentus*) no attiecīgās Polises Prēmijas;
  - 12.6.4. Līguma izpildes laikā noskaidrojas, ka APDROŠINĀTĀJS nav spējīgs izpildīt Pakalpojumu saskaņā ar Līguma noteikumiem (*tajā skaitā APDROŠINĀTĀJS Līguma noslēgšanas vai Līguma izpildes laikā sniedzis nepatiesas ziņas vai apliecinājumus; pārkāpis normatīvos aktus attiecībā uz Līguma slēgšanu vai izpildi; pārkāpj vai nepilda citus būtiskus Līgumā paredzētus pienākumus; patvaļīgi pārtraucis Līguma izpildi, tajā skaitā tas nav sasniedzams juridiskajā adresē vai deklarētajā dzīvesvietas adresē*);
  - 12.6.5. kļūst zināms, ka APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS nesaņems Līguma 5.1.apakšpunktā norādīto finansējumu. Šajā gadījumā APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS ar APDROŠINĀTĀJU norēķinās par faktiski izpildīto Pakalpojumu;
  - 12.6.6. APDROŠINĀTĀJS pārtrauc savu darbību kā juridiska persona un tam nav tiesību un saistību pārņēmēja;

- 12.6.7. ārvalstu finanšu instrumenta vadībā iesaistīta iestāde saistībā ar APDROŠINĀTĀJA darbību/ bezdarbību ir noteikusi ārvalstu finanšu instrumenta finansēta Projekta izmaksu korekciju vismaz 25 % (*divdesmit pieci procenti*) apmērā no Līguma summas;
- 12.6.8. ārvalstu finanšu instrumenta vadībā iesaistītā iestāde ir konstatējusi normatīvo aktu pārkāpumus Līguma noslēgšanas vai izpildes gaitā, un to dēļ tiek piemērota Līguma izmaksu korekcija 100 % (*viens simts procenti*) apmērā;
- 12.6.9. ja Latvijas Republikas Ministru kabinets ir pieņēmis lēmumu par attiecīgā struktūrfondu plānošanas perioda prioritāšu pārskatīšanu, un tādēļ APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM ir būtiski samazināts / atcelts ārvalstu finanšu instrumenta finansējums, ko APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS plānoja izmantot Līgumā paredzēto maksājuma saistību segšanai;
- 12.6.10. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS APDROŠINĀTĀJAM ir nodarījis zaudējumus;
- 12.6.11. citos Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajos gadījumos.
- 12.7. Līguma 12.6.punktā noteiktajos gadījumos Līgums uzskatāms par izbeigtu septītajā dienā pēc APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA rakstveida paziņojuma par atkāpšanos izsūtīšanas dienas.
- 12.8. Izbeidzot Līgumu 12.6.apakšpunktā noteiktajos gadījumos:
- 12.8.1. tiek izbeigtas un zaudē spēku saskaņā ar Līgumu izsniegtās Polises, izņemot Apdrošināto personu ģimenes locekļiem izsniegtās Kartes;
- 12.8.2. APDROŠINĀTĀJS atmaksā APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM neizmantotās Apdrošināšanas prēmijas daļu, kas ir proporcionāla atlikušajam Polises darbības laikam, neieturot izdevumus par administratīvajām izmaksām;
- 12.8.3. APDROŠINĀTĀJS maksā Līgumsodu un/vai atlīdzina visus APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM radušos zaudējumus saskaņā ar Līguma noteikumiem.
- 12.9. APDROŠINĀTĀJAM ir tiesības vienpusēji atkāpties no Līguma bez APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA piekrišanas, ja APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS neveic samaksu par sniegto Pakalpojumu ilgāk kā 20 (*divdesmit*) darbdienu pēc Līgumā noteiktā samaksas termiņa.
- 12.10. Līguma 12.9.punktā noteiktajos gadījumos LĪGUMS tiek izbeigts saskaņā ar likumu "Par apdrošināšanas līgumu" un citiem Latvijas Republikā spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem.

### 13. Kontaktpersonas

- 13.1. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA par Līguma izpildi atbildīgā kontaktpersona: Dace Kalsone, tālruna Nr.: 67083650, 29170372; e-pasts: dace.kalsone@fdp.gov.lv.
- 13.2. APDROŠINĀTĀJA kontaktpersona: Pārdošanas kanāla vadītājs Reinis Savickis tālruna Nr.: 67606952; e-pasts: [reinis.savickis@compensalife.lv](mailto:reinis.savickis@compensalife.lv)

### 14. Citi noteikumi

- 14.1. Visi Līgumā minētie pielikumi, kā arī pēc Līguma noslēgšanas sastādītie Līguma grozījumi /papildinājumi ir Līguma neatņemamas sastāvdaļas.
- 14.2. Puses vienojas, ka Līguma grozījumi pieļaujami PIL 61. pantā noteiktajos gadījumos, izņemot nebūtiskus grozījumus (Līguma 13., 15.punktā iekļautās informācijas grozījumi u.c.).
- 14.3. Ja APDROŠINĀTĀJS ir iesniedzis Apdrošināšanas noteikumus un tie ir pretrunā ar Līguma noteikumiem Pusēm saistoši un prioritāri ir Līgumā minētie noteikumi.
- 14.4. APDROŠINĀTĀJAM visā Līguma spēkā esamības laikā ir saistošs tā Konkursam iesniegtais piedāvājums.
- 14.5. Ja kādi no Līguma noteikumiem zaudē juridisku spēku, tas nerada pārējo noteikumu spēkā neesamību.
- 14.6. APDROŠINĀTĀJS apliecina, ka necels pretenzijas pret APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJU, ciktāl tas nav pretrunā ar likumu "Par apdrošināšanas līgumu", gadījumos, ja Apdrošinātā persona noslēgtā Līguma (Polises) ietvaros ir pārtērējusi apdrošinājuma summas un limitus, saņēmusi Pakalpojumus, kas nav paredzēti apdrošināšanas programmā, kā arī, ja Apdrošinātā persona saņēmusi pakalpojumus pēc Kartes darbības pārtraukšanas.

- 14.7. Puse 7 (*septiņu*) kalendāro dienu laikā informē otru Pusi par adreses, kontaktpersonu, bankas rēķinu / citu rekvizītu izmaiņām.
- 14.8. Paziņojumi par atkāpšanos no Līguma / cita veida korespondence, kas attiecas uz Līgumu, nosūtāma ierakstītas vēstules veidā uz Līgumā norādītajām Pušu adresēm.
- 14.9. Līgums sastādīts latviešu valodā uz 7 (*septiņām*) lapām, ar šādiem pielikumiem, kas ir neatņemama Līguma sastāvdaļa:
- 14.9.1. 1.pielikums: Tehniskā specifikācija;
- 14.9.2. 2.pielikums: Finanšu piedāvājums;
- 14.9.3. 3.pielikums: Apdrošināto personu saraksts;
- 14.9.4. 4.pielikums: Apdrošināšanas noteikumi un programma.
- 14.10. LĪGUMS sastādīts divos eksemplāros ar vienādu juridisku spēku. Viens līguma eksemplārs glabājas pie APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM un viens – pie APDROŠINĀTĀJA.

## 15. Pušu rekvizīti

### APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS

**Fiskālās disciplīnas padome**

Smilšu iela 1, Rīga, LV-1919

Reģ. Nr. 90010248231

Valsts kase

Kods: TREL LV22

Konts: LV74TREL213068400100B

### APDROŠINĀTĀJS

**Compensa Life Vienna Insurance Group**

**SE Latvijas filiāle**

Vienības gatve 87h, Rīga, LV-1004

Reģ. Nr. 50003958651

Banka:

Kods: HABALV22

Konts: LV77HABA0001403052234

---

/ D. Kalsone /

---

/ V. Gustsons /

Rīgā, 2017.gada 12. decembrī

Rīgā, 2017.gada 12. decembrī

## TEHNISKĀ SPECIFIKĀCIJA

**Mērķis:** Finanšu ministrijas, tās padotības iestāžu un Fiskālās disciplīnas padomes nodarbināto personu veselības apdrošināšana

Pakalpojums	Pretendenta tehniskais piedāvājums*
<b>1. Finanšu ministrijas, tās padotības iestāžu un Fiskālās disciplīnas padomes nodarbināto personu veselības apdrošināšana, tajā skaitā:</b>	Pakalpojuma apjoms: apdrošināmo darbinieku skaits: 1) FM: ~ 426; 2) CFLA:~ 350; 3) IAU:~ 19; 4) FDP:~ 4.
<b>1.1. Pamatprogrammas<sup>1</sup> minimālās prasības:</b>	
1.1.1.apdrošinājuma summa pamatprogrammai:	Minimālā kopējā apdrošinājuma summa vienai personai gadā <b>10 000 EUR</b> , nenosakot apakšlimitus, un, kur 70 % paredzēti maksas ambulatorās aprūpes pakalpojumiem un 30% stacionārās aprūpes pakalpojumiem.
1.1.2.pacienta iemaksas:	100% apmērā, saskaņā ar normatīvajos aktos noteikto apmēru, saņemot ārstniecisko ambulatoro un stacionāro palīdzību (t.sk. pacienta līdzmaksājums, stacionārā rehabilitācija dienas un diennakts stacionārās rehabilitācijas iestādēs). Pretendents nodrošina, ka netiks noteikts neviens izņēmums Pakalpojumam, kuru neapmaksā, ja tiek izmantots pacienta iemaksas pakalpojums.
<b>1.1.3. Maksas ambulatorās aprūpes pakalpojumi:</b>	Saskaņā ar Nolikuma tehnisko specifikāciju, 100% apmaksā Pretendenta Līgumiestādēs, neiekļaujot apakšlimitus un pakalpojuma saņemšanas reīžu ierobežojumus.
1.1.3.1. ģimenes ārsta, mājas vizītes (turpmāk-vizīte):	Pretendents nodrošina vizītes apmaksā <b>33 EUR</b> par vienu vizīti.
1.1.3.2. ārsti – speciālistu konsultācijas:	Apmaksā ārstu- speciālistu konsultācijas, t.sk., privātārstu, fizikālās medicīnas un rehabilitācijas speciālists, rehabilitologs, vienu reizi gadā podometrista konsultācija, arī augsti kvalificētu speciālistu, profesoru, docentu, maksas ģimenes ārstu un maksas terapeitu konsultācijas bez ģimenes ārsta nosūtījuma, apmaksājot <b>33 EUR</b> par pirmreizēju vai katru atkārtotu vienu vizīti. Pretendents nodrošina, ka netiek noteikts apmaksājamo speciālistu uzskaitījums. Pretendents nodrošina Pakalpojuma saņemšanu, kas noteic, ka nedrīkst prasīt norīkojumus, izrakstu no ambulatorās

<sup>1</sup> Apmaksā Pasūtītājs



	kartes vai citu medicīnisku dokumentāciju, izskatot atlīdzības par ārstu konsultācijām.
1.1.3.3. ārsta manipulācijas:	<p>Ārsta nozīmēts plašs ārstniecisko manipulāciju (tajā skaitā, manipulācijas ginekoloģijā, ķirurģijā, LOR, oftalmoloģijā, arī dermatoloģijā, ja tās ir medicīniski pamatotas un nav saistītas ar kosmetoloģiju), procedūru klāsts, tajā skaitā arī injekcijas, infūzijas, blokādes un tamlīdzīgi, neaprobežojoties ar nosauktajām.</p> <p>Manipulāciju cena - <b>50 EUR</b> vienas pieņemšanas laikā; epidurālajai blokādei - <b>50 EUR</b>.</p>
1.1.3.4. laboratoriskie izmeklējumi:	<p>Pretendents nodrošina apmaksu 100% apmērā līgumiestādēs:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hematoloģija: pilna asins analīze, retikulocīti;</li> <li>- koaguloloģija: APTL, protrombīna komplekss, asins tecēšanas, recēšanas laiks;</li> <li>-aknu testi un fermenti: bilirubīns, ALAT, ASAT, GGT, LDH, KFK, amilāze, sārmainā fosfatāze, lipāze;</li> <li>- slāpekļa vielu maiņa: urea, kreatinīns, kreatinīns klīrenss;</li> <li>- olbaltumvielas: kopējais olbaltums, frakcijas; lipīdi: kopējais holesterīns, augsta blīvuma holesterīns, zema blīvuma holesterīns, triglicerīdi;</li> <li>- glikozes regulācija: glikoze; iekaisuma marķieri: CRO – C reaktīvais olbaltums, reimatoīdais faktors;</li> <li>-izmeklējumi Laima slimības diagnosticēšanai;</li> <li>- asins grupa (ABO), Rh-faktors; vairogdziedzera hormoni: TSH, T3, T4, TG, antivielas pret tireoīdperoksidāzi;</li> <li>urīna analīze, koprogramma, krēpu analīze, iztriepju izmeklēšana uz miklofloru un onkocitoloģiskā izmeklēšana, serozo dobumu šķidrumu izmeklēšana, biopsijas materiālu izmeklēšana, histoloģija u.c.</li> </ul>
1.1.3.5. Diagnostiskie izmeklējumi:	Diagnostiskie izmeklējumi tiek apmaksāti, ja ir ārstējošā ārsta norīkojumu.
1.1.3.5.1. biežāk izmantojamie diagnostiskie izmeklējumi:	<p>Izmeklējumi kā ehokardiogrāfija, ultrasonogrāfija, doplerogrāfiskā izmeklēšana, veloergometrija, rentgenizmeklējumi ar vai bez kontrastēšanas, mammogrāfija, EKG, Holtera monitorēšana u.c., apmaksā ārstniecības iestādēs- Līgumiestādēs 100 % apmērā, kuras nav Pretendenta Līgumiestādes, <b>50 EUR</b> par vienu izmeklējumu.</p>
1.1.3.5.2. dārgie diagnostiskie izmeklējumi:	<p>Datortomogrāfija, magnētiskā rezonanse ar un bez kontrastvielas scintigrāfijas izmeklējumi kuņģa-zarnu trakta endoskopiskie izmeklējumi un citi dārgo tehnoloģiju izmeklējumi, t.sk., kontrastvielas apmaksas limits gadā <b>155 EUR</b>.</p>
1.1.3.6. fizikālās terapijas procedūras:	<p>Pretendentam jānodrošina (magnetoterapija, ar ultraskaņu veiktās procedūras, elektroforēzes, aplikācijas, sildīšanas u.c.) – vismaz 1 kursu (10 procedūras) apdrošināšanas perioda laikā, atbilstoši ārstējošā ārsta nosūtījumam. Apmaksa 100% apmērā. Procedūras cena – ne mazāk kā <b>3.50 EUR</b> par vienu procedūru.</p> <p>Pretendents nodrošina, ka netiks noteiktas saslimšanas un diagnozes, kuru gadījumos neapmaksās fizikālo terapiju, kas saņemta ar ārsta nosūtījumu.</p>

1.1.3.7. obligātās veselības pārbaudes:	Normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā un apjomā Pretendentam jānodrošina apmaksu <b>100%</b> apmērā, ja Pakalpojums saņemts Pretendenta Līgumiestādē, kur ir noslēgts līgums par šiem pakalpojumiem.
1.1.3.8. vakcinācija:	Jebkura veida profilaktiskā vakcinācija, nenosakot limitu vienai apmeklējuma reizei. Kopējais gada limits- <b>70 EUR</b> .
1.1.3.9. neatliekamā valsts un privātā medicīniskā palīdzība:	Pretendents garantē apmaksāt 100% apmērā valsts neatliekamā un privātā medicīniskā palīdzība, t.sk. daļēji pamatotie izsaukumi.
1.1.3.10. maksas ambulatorā rehabilitācija:	Ar ārstējošā ārsta norīkojumu maksas ambulatorās rehabilitācijas pakalpojumi, t.i., jebkurai ķermeņa zonai masāžas, ūdens procedūras, manuālā terapija, ārstnieciskā vingrošana (grupās un individuāli) ar gada limitu <b>150.00 EUR</b> apdrošināšanas periodā, neierobežojot saņemto pakalpojumu veidu pēc apdrošinātās personas izvēles, neierobežojot pakalpojumu saņemšanu ar konstatētajām diagnozēm (pirms līguma un/vai līguma periodā), neierobežojot reižu skaitu, nenosakot limitu vienai apmeklējuma reizei. Pretendents piekrīt, ka tas nevar noteikt saslimšanas un diagnozes, kuru gadījumos neapmaksās maksas ambulatorās rehabilitācijas pakalpojumus, kas saņemti ar ārsta nosūtījumu.
<b>1.1.4. Stacionārās aprūpes pakalpojumi:</b>	
1.1.4.1. ārstēšanās dienas un diennakts stacionārā ar vai bez primārās veselības aprūpes ārsta norīkojuma:	Pretendents nodrošina: Kopējā apdrošinājuma summa 3000 EUR. Apdrošināšanas limits - <b>900 EUR</b> par vienu stacionēšanās gadījumu; -maksas operācijas <b>bez skaita ierobežojuma gadā</b> , tajā skaitā – plānveida, jebkuras medicīniski pamatotas operācijas (tajā skaitā, bet ne tikai, mugurkaula, kardioloģiskās, kāju vēnu operācijas nopietnas vēnu mazspējas gadījumā (sākot no C4 koda pēc CEAP klasifikatora), tajā skaitā ar lāzeri); -sarežģītus diagnostiskos un laboratoriskos izmeklējumus, ārstu konsultācijas un nozīmētos medikamentus; -ārstēšanos dienas un diennakts stacionārā; -stacionārā pieejamo papildus servisu, arī saņemot veselības aprūpes pakalpojumus pacienta iemaksas apmērā. Cena paaugstināta servisa palātai stacionārā – <b>25.00 EUR</b> ; -Pasūtītājs var prasīt maksas stacionāro ārstniecību – operācijas – iepriekš saskaņojot to ar Pretendentu; -saskaņojuma savlaicīga nepieprasīšana un/ vai nesaņemšana nevar būt par izmaksas atteikumu, ja izmaksa pienākas pēc apdrošināšanas programmas nosacījumiem (diagnoze vai pakalpojums nav izņēmumu sarakstā).
<b>1.2. Papildus programmas, kas tiek komplektētas kopā ar pamatprogrammu, piemaksu veicot</b>	

darbiniekam no personīgiem līdzekļiem <sup>2</sup> :	
1.2.1. sports (veselības veicināšana):	Pretendents paredz, ka: - apdrošināšanas summa gadā - <b>278.40 EUR</b> ; - trenāžieru zāles, aerobikas, baseina apmeklējumi -ar limitu <b>5.80 EUR</b> (1 reize); - mēneša abonēšanas gadījumā - <b>23 EUR</b> mēnesī un Pakalpojuma apmaksu ārpus Pretendenta Līgumorganizācijām; -apmaksāti tiek apdrošināto personu iegādātie mēneša abonenti, kas atbilst iepriekš minētajiem nosacījumiem.
1.2.2. zobārstniecības pakalpojumi:	50% apmērā ar gada limitu <b>ne mazāku par 300 EUR</b> . Zobārstniecības pakalpojumā ietilpst: -zobārsta vizīte un konsultācija; -mutes dobuma higiēna 1 ( <i>vienu</i> ) reizi katrā apdrošināšanas periodā; -neatliekamā palīdzība akūtu zobu sāpju gadījumā; -Rtg diagnostika; -lokālā anestēzija; -terapeitiskie un ķirurģiskie zobārstniecības pakalpojumi.
1.2.3. pamatprogrammas apdrošinājuma summas limitu paaugstinājums:	Pretendents nodrošina pamatprogrammas apdrošināšanas segumā ietverto pakalpojumu pieejamību ar augstāku servisu, augstākiem apdrošināšanas atlīdzības un pakalpojumu skaita limitiem. Apdrošinājuma summa- <b>4500 EUR</b> , nenosakot apakšlimitus.
<b>1.3. Citi nosacījumi:</b>	
1.3.1. papildprogrammu izvēle:	Pretendents nodrošina: a) līdz līguma noslēgšanai darbiniekam iespēja izvēlēties papildprogrammu/as un tās apmaksāt no personīgajiem līdzekļiem, maksājot proporcionāli apdrošināšanas periodam un norēķinoties, saņemot atsevišķu rēķinu no Pretendenta, kura apmaksas termiņš paredzēts ne īsāks kā 10 darbdienu laikā no tā saņemšanas brīža; b) neierobežotu iespēju izveidot maksimālo izvēlēto apdrošināšanas segumu kombināciju skaitu – atsevišķas apakšgrupas dalībnieku skaits var sākties no 5 ( <i>pieciem</i> ) darbiniekiem, kas pamatprogrammai ir izvēlējušies kādu no papildprogrammām; c) Pretendents nodrošina līguma spēkā esamības laikā piedāvājumā ietverto Pakalpojuma nosacījumu nemainīgumu. Pretendents garantē, ka Pretendenta piedāvāto apdrošināšanas noteikumu nosacījumi, tajā skaitā apdrošināšanas programmā, līguma izpildē netiks iztulkoti šaurāk kā to noteic Nolikuma tehniskās specifikācijas prasības.
1.3.2 darbinieku ģimenes locekļu apdrošināšana:	Pretendents nodrošina: iespēju apdrošināto personu darbinieku ģimenes locekļiem (vīrs, sieva, bērni, vecāki) iegādāties veselības apdrošināšanas polises un to kombinācijas no personīgiem

<sup>2</sup> Pasūtītāja darbinieku iespēja iegādāties no privātiem līdzekļiem

	<p>līdzekļiem, nodrošinot vienādu polises segumu kā Pasūtītāja darbiniekiem, nenosakot citus ierobežojumus un piemērojot Pretendenta piedāvāto sadārdzinājuma koeficientu - 1,2;</p> <p>a) ka Pretendents izsniedz darbinieku ģimenes locekļiem atsevišķus rēķinus un tie ar privātiem līdzekļiem pa tiešo norēķinās ar Pretendentu;</p> <p>b) Pasūtītāja darbinieku ģimenes locekļu iekļaušanu līgumā (<i>Apdrošināto saraksts</i>) bez vecuma ierobežojuma un skaita.</p>
1.3.3. veselības apdrošināšanas kartes funkcionalitāte:	
	<p>Pretendents nodrošina, ka uzrādot veselības apdrošināšanas karti, apdrošinātā persona Pretendenta norādītajās Līgumiestādēs saņem pacienta iemaksas, maksas ambulatoros un maksas stacionāros pakalpojumus 100% apmērā/ saskaņā ar programmai atbilstošu cenrādi, ja par konkrēto pakalpojumu ir noslēgts līgums starp Pretendentu un tā Līgumiestādi.</p>
	<p>Pretendents ņem vērā, ka Līgumiestādēs nedrīkst piemērot mēneša vai ceturkšņa limitus norēķiniem ar apdrošināšanas kartēm.</p>
1.3.4. norēķini:	
	<p>Pretendents nodrošina:</p> <p>a) ka Līgumiestādēs, ja Pakalpojums ir apmaksājams, un Pretendents un Līgumiestāde ir šo Pakalpojumu iekļāvuši savā sadarbības līgumā – bezskaidras naudas norēķins Pretendenta piedāvātā cenrāža apmērā, kas nav zemāks par Tehniskajā specifikācijā noteikto (<i>norādītās pozīcijas</i>), ir pievienots šim piedāvājumam un līguma darbības laikā netiks samazināts vai kā citādi ierobežots;</p> <p>b) Līgumiestādēs, ja Pakalpojums ir apmaksājams, bet Pretendents un Līgumiestāde nav šo pakalpojumu iekļāvuši savā sadarbības līgumā –Pretendents atlīdzina zaudējumu pēc iesniegtajiem maksājuma dokumentiem, piedāvātā cenrāža apmērā, kas nav zemāks par Tehniskajā specifikācijā noteikto (<i>norādītās pozīcijas</i>), ir pievienots šim piedāvājumam un līguma darbības laikā netiks samazināts vai kā citādi ierobežots;</p> <p>c) ārstniecības iestādēs, ar kurām Pretendentam nav līguma, ka tiek atlīdzināti zaudējumi pēc iesniegtajiem maksājuma dokumentiem, piedāvātā cenrāža apmērā, kas nav zemāks par Tehniskajā specifikācijā noteikto (<i>norādītās pozīcijas</i>), ir pievienots šim piedāvājumam un līguma darbības laikā netiks samazināts vai kā citādi ierobežots.</p>
1.3.5. iespējas:	
	<p>Pretendents nodrošina atlīdzību pieteikšanu elektroniskā formā.</p>
	<p>Pretendents nodrošina pakalpojumu izmantošanu bez laika ierobežojumiem.</p>
	<p>Pretendents nodrošina izdevumu, kas radušies šajā polises periodā ārstējot maksas ambulatorajās un maksas stacionārajās iestādēs pirms apdrošināšanas līguma darbības sākuma diagnosticētu slimību vai traumu, vai hronisku slimību, apmaksu, bez papildus nogaidīšanas termiņiem un citiem ierobežojumiem.</p>

	Pretendents nodrošina piedāvājumā iekļauto pamatprogrammas pakalpojumu apmaksu, ja tie saņemti visās pieejamās sertificētās, Latvijas Republikas veselības aprūpes iestāžu, uzņēmumu un prakšu reģistrā reģistrētās Līgumiestādēs un arī nelīgumiestādēs, nenosakot no šo iestāžu vidus tādas, kurās saņemtie piedāvājumā iekļautie pakalpojumi netiks apmaksāti vispār.
1.3.6. Pakalpojumu pieejamība:	Pilnā apmērā sākot ar pirmo veselības apdrošināšanas polises darbības dienu un visā tās darbības laikā bez termiņu ( <i>piemēram, nogaidīšanas termiņš maksas stacionārajiem pakalpojumiem, vai jaunpieņemtajiem darbiniekiem; derīguma termiņš nosūtījumiem u.c.</i> ) ierobežojumiem, saskaņā ar Tehnisko piedāvājumu;
	Pretendents nodrošina maksas Pakalpojumu apmaksu vismaz šādās medicīnas iestādēs Rīgā: Rīgas 1.slimnīca un poliklīnika ( <i>“Bruņinieku” un “Šarlotes”</i> ), SIA <i>“Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca”</i> , valsts SIA <i>“Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca”</i> , valsts SIA <i>“Paula Stradiņa klīniskās universitātes slimnīca”</i> , Rīgas 2. slimnīca, Medicīnas sabiedrība ARS, SIA <i>“Veselības centrs 4”</i> ;
1.3.7. Līgumiestādes:	Pretendents nodrošina: a) a) samērīgu Līgumiestāžu klāstu Rīgā un Rīgas reģionā <sup>3</sup> - vismaz 40 ( <i>četrdesmit</i> ) Līgumiestādes, kur saņemt pamatprogrammā ( <i>atbilstoši Pretendenta piedāvājumam</i> ) iekļautos maksas ambulatoros Pakalpojumus, uzrādot apdrošināšanas kartiņu bezskaidras naudas norēķinam; b) Līgumiestādes arī pārējā Latvijas teritorijā; c)c) Līgumiestāžu skaita papildināšanu pēc Pasūtītāja lūguma, ja Apdrošinātājs un attiecīgā ārstniecības iestāde/konkrētais ārstniecības pakalpojumu sniedzējs spēj vienoties par sadarbības līguma nosacījumiem.
1.3.8. atlīdzības izmaksa:	
	Pretendents nodrošina: a) atlīdzības izmaksu ne vēlāk kā 7 darbdienu laikā no visu dokumentu saņemšanas brīža vai ne vēlāk kā 5 darb dienu laikā, ja apdrošināšanas atlīdzība pieteikta elektroniski; b) ka apdrošinātā persona atlīdzības pieteikumu var iesniegt vismaz 90 dienu laikā pēc Pakalpojuma saņemšanas ( <i>arī pēc līguma beigām, ja Pakalpojums saņemts vēlāk kā 90 dienas pirms līguma beigām</i> ); c) ka atlīdzības apmaksāšanai nepieciešami papildus dokumenti tiek pieprasīti tikai par apdrošināšanas periodā izmantoto Pakalpojumu; d) skaidri formulēts un pamatots atlīdzības izmaksu atteikums; c) rakstiskas garantijas izsniegšana medicīniskajām iestādēm, ja to paredz apdrošināšanas programma: - maksas stacionāro pakalpojumu saņemšanai - 5 darbdienu laikā;

<sup>3</sup> Pretendents piedāvājumā norāda tā interneta vietni (saiti), kur atrodama pieprasītā informācija

	- ambulatoro pakalpojumu saņemšanai – 3 darbdienu laikā.
1.3.9. nosacījumi apdrošināmo personu pievienošanai un izslēgšanai no apdrošināmo saraksta:	
	<p>Pretendents nodrošina:</p> <p>a) jaunu darbinieku pievienošana un darbinieku, kuri pārtraukuši civildienesta (<i>darba</i>) attiecības izslēgšana no apdrošināmo saraksta apdrošināšanas periodā 1 (vienu) reizi mēnesī;</p> <p>b) īstermiņa prēmijas par apdrošināšanas līgumam pievienotajiem vai no tā izslēgtajiem darbiniekiem aprēķināšanu proporcionāli pa mēnešiem, tajā skaitā arī par papildprogrammām;</p> <p>c) ka apdrošināšanas perioda vidū pievienotajiem darbiniekiem netiek samazināta gada apdrošināšanas summa;</p> <p>d) iespēja veikt Apdrošināmo personu skaita izmaiņas vismaz 1 (<i>vienu</i>) reizi mēnesī;</p> <p>e) apdrošināto personu skaita izmaiņu gadījumos (<i>pievienojot jaunus darbiniekus</i>) apdrošināšanas prēmijas noteikšanu par pilniem mēnešiem proporcionāli termiņam;</p> <p>h) apdrošināšanas prēmijas atlikuma aprēķināšanu (<i>izslēdzot darbiniekus</i>) par pilniem mēnešiem proporcionāli termiņiem;</p> <p>f) iespēja darbiniekiem, kuri pārtrauc civildienesta (<i>darba</i>) tiesiskās attiecības ar Pasūtītāju, izpirkt polisi;</p> <p>g) ka, veicot pārrēķinu darbinieka izslēgšanai no polises, netiek ieturēti administratīvie atskaitījumi un ņemtas vērā iepriekš izmaksātās atlīdzības; pārrēķins tiek veikts nekavējoties, izmaiņu veikšanas dienā;</p>
1.3.10. citas prasības:	Pretendentam jānodrošina:
	<p>Pretendents nodrošina:</p> <p>a) apdrošināšanas kartiņas (<i>ar kuru var saņemt gan pacienta iemaksas, gan maksas ambulatoros pakalpojumus bezskaidras naudas norēķinu veidā</i>) un pārējos individuālos dokumentus pēc Pasūtītāja pieprasījuma (<i>apdrošināšanas polises apraksts, izņēmumu saraksts, atlīdzības pieteikuma iesniegšanas kārtība u.c.</i>);</p> <p>b) iespēju reizi mēnesī iesniegt atlīdzības saņemšanai nepieciešamos dokumentus Pasūtītāja telpās – Smilšu ielā 1, Rīgā;</p> <p>c) pēc Pasūtītāja pieprasījuma sniegt konsultācijas par Pakalpojumu: (<i>apdrošināšanas nosacījumi, atlīdzības izmaksas, norēķini u.c.</i>);</p> <p>d) bezmaksas individuālās apdrošināšanas kartes dublikātu sagatavošanu apdrošinātajiem, kas līguma darbības laikā mainījuši uzvārdu;</p> <p>e) bezmaksas nepieciešamo dokumentu kopiju, kā arī izziņu izsniegšanu iesniegšanai Valsts ieņēmuma dienestam, ne vēlāk kā 10 darba dienu laikā no pieprasījuma brīža;</p>

	<p>f) garantiju, ka Pretendents nevērsīsies pret Pasūtītāju, ciktāl tas nav pretrunā ar likumu “Par apdrošināšanas līgumu”, gadījumos, ja apdrošinātā persona noslēgtā apdrošināšanas līguma (polises) ietvaros ir pārtērējusi apdrošinājuma summas un limitus, saņēmusi ārstnieciskos pakalpojumus, kas nav paredzēti apdrošināšanas programmā, kā arī, ja apdrošinātā persona saņēmusi ārstnieciskos pakalpojumus pēc veselības kartes darbības pārtraukšanas;</p> <p>g) apdrošināšanas noteikumu nosacījumu, tajā skaitā Pretendenta piedāvātās apdrošināšanas programmu (2_1.pielikums) atbilstību Nolikuma Tehniskajā specifikācijā izvirzītajām prasībām.</p>
<b>1.4.Līguma izpildes termiņš:</b>	Divi apdrošināšanas gadi

*\*Pretendenta piedāvātā Pakalpojuma detalizēts, izvērsts apraksts atbilstoši Pasūtītāja izvirzītajām tehniskās atbilstības prasībām; Pretendents gatavojot piedāvājumu nēma vērā, ka Pretendenta piedāvājums, apdrošināšanas noteikumu nosacījumi, tajā skaitā piedāvātās apdrošināšanas programmas līguma izpildes laikā netiks iztulkoti šaurāk kā tas noteikts Nolikuma Tehniskās specifikācijas prasībās.*

**APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS**

\_\_\_\_\_/D.Kalsone/

**APDROŠINĀTĀJS**

\_\_\_\_\_/V. Gustsons/

## FINANŠU PIEDĀVĀJUMS

### 1. Pamatprogramma<sup>4</sup>:

Pakalpojuma nosaukums	Cena* (Pamatprogrammas gada prēmija vienam nodarbinātajam EUR)
Pasūtītāja vienas nodarbinātās personas veselības apdrošināšana (Pamatprogramma ar viena apdrošināšanas gada atlīdzības limitu _____EUR)	
<b>Kopā*:</b>	<b>213.43 EUR</b>

\* Finanšu piedāvājumā cena norādāma ar divām zīmēm aiz komata  
 Finanšu piedāvājumā iekļautas visas izmaksas kādas var tikt saistītas ar dotā Pakalpojuma izpildi

### 2. Papildprogramma<sup>5</sup>:

Pakalpojuma nosaukums	Cena (gada prēmija) vienam nodarbinātajam, ja Pakalpojumu iegādājas sākot no 5 līdz 19 nodarbinātiem	Cena (gada prēmija) vienam nodarbinātajam, ja Pakalpojumu iegādājas no 20-49 nodarbinātiem	Cena (gada prēmija) vienam nodarbinātajam, ja Pakalpojumu iegādājas 50 un vairāk nodarbinātiem	Vidējā cena* EUR
1. Zobārstniecība	49.00	59.00	79.00	62.33
2. Veselības veicināšanas pakalpojumi	112.00	112.00	99.00	107.67
3. Pamatprogrammas apdrošinājuma summas limitu paaugstinājums	340.00	300.00	250.00	296.67

<sup>4</sup> Pamatprogrammas iegādei Pasūtītāja darbinieku ģimenes locekļiem (vīrs, sieva, bērni, vecāki) tiks piemērots Pretendenta piedāvātais sadārdzinājuma koeficients -1,2;

<sup>5</sup> Papildprogrammas iegādei Pasūtītāja darbinieku ģimenes locekļiem (vīrs, sieva, bērni, vecāki) tiks piemērots Pretendenta piedāvātais sadārdzinājuma koeficients -1,2.



*\* Aprēķina summējot katras rindas cenas un izdalot ar 3. Iegūtā vidējā cena tiks ņemta vērā vērtējot saimnieciski visizdevīgāko piedāvājumu*

**APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS**

\_\_\_\_\_/D.Kalsone/

**APDROŠINĀTĀJS**

\_\_\_\_\_/V. Gustsons/

### APDROŠINĀTO PERSONU SARAKSTS

Nr.p.k.	Vārds	Uzvārds	Personas kods
1.	Dace	Kalsone	
2.	Elīna	Veide	
3.	Viktors	Miglinieks	
4.	Elīna	Lucka	

APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS

\_\_\_\_\_/D.Kalsone /

APDROŠINĀTĀJS

\_\_\_\_\_/V. Gustsons/

## APDROŠINĀŠANAS NOTEIKUMI UN PROGRAMMA

### PAMATPROGRAMMA

Programma V1 Plus

Kopējā apdrošinājuma summa 10000.00 EUR

#### Pacienta iemaksas

##### **Pacienta iemaksa un līdzmaksājums 100% apmērā atbilstoši spēkā esošajiem MK noteikumiem**

- Pacienta iemaksa par ģimenes ārsta ambulatoru apmeklējumu un mājas vizīti
- Pacienta iemaksa par ārsta ambulatoru apmeklējumu
- Pacienta iemaksa par ārstēšanas dienas un diennakts stacionārā
- Pacienta iemaksa par ambulatori un stacionāri veiktajiem diagnostiskajiem izmeklējumiem
- Pacienta iemaksa par ambulatori un dienas stacionārā veikto operāciju
- Pacienta iemaksa par medicīniskās apaugļošanas procedūrām
- Pacienta iemaksa par medicīnisko rehabilitāciju
- Līdzmaksājums par operāciju zālē veiktajām ķirurģiskajām operācijām

#### Maksas ambulatorie pakalpojumi

##### **Ambulatorie pakalpojumi bez ārstējošā ārsta nosūtījuma**

- Ģimenes ārstu, maksas terapeitu, ārstu speciālistu (t.sk. fizikālās medicīnas un rehabilitācijas speciālists, rehabilitologs), profesoru, docentu, augstākās kvalifikācijas speciālistu konsultācijas
- Podometrista konsultācija 1 (vienu) reizi gadā
- Ģimenes ārsta un ģimenes ārsta māšas mājas vizītes

##### **Plaša spektra diagnostiskie (instrumentālie) izmeklējumi ar ārsta norīkojumu**

- Elektrokardiogrāfiskie izmeklējumi, funkcionālie kuņģa-zarnu trakta izmeklējumi, rentgenoloģiskie izmeklējumi (t.sk. mammogrāfija), osteodensitometrija, podometrija, karpālā kanāla diagnostika, spirogrāfija, audiometrija, redzes lauka noteikšana, kolposkopija u.c.
- Ultrasonogrāfiskie izmeklējumi, neiroelektrofizioloģiskie izmeklējumi (piemēram, neirogrāfija, elektroencefalogrāfija), sirds neinvazīvie funkcionālie izmeklējumi (piemēram, Holtera monitorēšana, veloergometrija), galvas un ekstremitāšu maģistrālo asinsvadu funkcionālie izmeklējumi,

##### **Plaša spektra augstu tehnoloģiju diagnostiskie (instrumentālie) izmeklējumi ar ārsta norīkojumu, apdrošinājuma summa (limits) 155.00 EUR**

- Radionuklīdās diagnostikas izmeklējumi (scintigrāfija)
- Endoskopiskie izmeklējumi (t.sk. fibrogastroduodenoskopija, kolonoskopija),
- Skaitļotājtomogrāfijas (CT) un magnētiskās rezonanses (MR) izmeklējumi (ar un bez kontrastvielas)

##### **Laboratoriskie izmeklējumi ar ārsta norīkojumu, t.sk.:**

- Pilna asins aina, dzelzs, ferritīns, troponīns, iekaisuma marķieri (CRO, RF, ASO), bioķīmiskie izmeklējumi (cukura līmenis, bilirubīns, amilāze, sārmainā fosfatāze, kreatinīns, urea, urīnskābe, ASAT, ALAT), elektrolīti, lipidogramma (ABLH, ZBLH, kopējais holesterīns, triglicerīdi), kopējais olbaltums, albumīni, protrombīna komplekss, APTL, INR, urīna analīze, kopprogramma, slēptās asinis fēcēs, krēpu analīze, ginekoloģijā - iztriepju izmeklēšana uz mikrofloru, onkocitoloģijas analīze
- Mikrobioloģiskie izmeklējumi (uztriepes, uzņēmumi, antibiotiķu jutības noteikšana), histoloģijas analīzes, hormoni (izņemot dzimumhormonus), hematoloģija, infekciju un antivielu noteikšana, iekaisuma marķieri

##### **Ārsta nozīmētās ārstnieciskās manipulācijas (t.sk. ginekoloģijā, ķirurģijā, LOR, oftalmoloģijā un dermatoloģijā, ja tas ir medicīniski pamatots un nav saistīts ar kosmetoloģiju)**

- Medikamentu injekcijas un infūzijas, blokādes, punkcijas, pārsiešanas, brūču apstrāde, Haimora dobuma punkcija, deguna blakus dobuma skalošana, incīzija u.c.

##### **Neatliekamā palīdzība**

- Neatliekamā medicīniskā palīdzība, t.sk. privātā neatliekamā medicīniskā palīdzība (t.sk. daļēji pamatoti izsaukumi)

##### **PV3(Profilaktiskā vakcinācija), apdrošinājuma summa (limits) 70.00EUR**

- Jebkura veida vakcinācija, izņemot vakcināciju pret dzemdes kakla vēzi (apdrošinātajai personai jānorēķinās ar personīgajiem līdzekļiem)

##### **OVP (Medicīniskās apskates)**

- Obligātās veselības pārbaudes, kas saistītas ar kaitīgu darba vides faktoru ietekmi uz cilvēka veselību, normatīvos aktos noteiktā kārtībā un apjomā

##### **AR (Ambulatorā rehabilitācija ar ārsta norīkojumu), apdrošinājuma summa (limits) 150.00 EUR**

- Ārstnieciskā masāža (limits 30.00 EUR)
- Ārstnieciskā vingrošana grupās (ārstniecības iestādēs)
- Ūdens procedūras (dušas, vannas, dūņas, zemūdens masāža)
- Ārstnieciskā vingrošana individuāli (ārstniecības iestādēs) (limits 30.00 EUR)
- Manuālā terapija (limits 30.00 EUR)

##### **AR\*\* (Fizikālās terapijas procedūras ar ārsta norīkojumu)**

- Fizikālās terapijas procedūras (pielietojot ārējās vides faktoru ietekmi uz cilvēka organismu caur ādu, elpošanas ceļiem, ausiem un orgāniem), limits 10 reizes

#### Maksas stacionārie pakalpojumi

Apdrošinājuma summa 3000.00 EUR

##### **MS (Maksas stacionārie pakalpojumi)**

- **Maksas stacionārie pakalpojumi ar ārstējošā ārsta nosūtījumu (900.00EUR par 1 stacionēšanas gadījumu);** uzturēšanās stacionārā, t.sk., sanitārā aprūpe, medikamenti; ārstu, nodaļas vadītāju, docentu, profesoru konsultācijas; diagnostiskas, laboratorijas un instrumentālie izmeklējumi; ārstnieciskās procedūras; plānveida operatīvā ārstēšana (t.sk. mugurkaula operācijas (pēc akūtas traumas, polises darbības laikā), kardioloģiskās operācijas (apdrošinātā persona nevar būt vecāka par 40 gadiem), varikozo vēnu mazspējas operācijas ar jaunām tehnoloģijām (t.sk. lāzertehniku), ja apdrošinātā kāju vēnām ir vismaz C4 stadija pēc CEAP klasifikatora; ārstēšanās paaugstināta servisa apstākļos (25.00 EUR par palātu)

#### Papildus nosacījumi un skaidrojumi pamatprogrammai V1 Plus

- Compensa Life Vienna Insurance Group SE Latvijas filiāle līgumiestādēs un nelīgumiestādēs veic apdrošināšanas programmā norādīto medicīnas pakalpojumu apmaksu saskaņā ar apdrošinājuma summām, limitiem, Veselības apdrošināšanas noteikumiem VA/02-2 un cenrādi C3/1.
- Apdrošinātai personai līgumiestādēs uzrādot Apdrošinātāja izsniegto veselības apdrošināšanas karti un personu apliecinošu dokumentu, tiek nodrošināti pacientu iemaksu pakalpojumi ar bezskaidras naudas norēķinu saskaņā ar apdrošināšanas programmas un līgumiestādes sadarbības noteikumiem. Maksas ambulatorie pakalpojumi ar bezskaidras naudas norēķinu tiek nodrošinātās medicīnas iestādēs, ar kurām Apdrošinātājam ir tiešais norēķinu līgums (Online norēķins). Informācija par līgumiestāžu sarakstu un to sniedzamiem pakalpojumiem ir pieejama [www.compensalife.lv](http://www.compensalife.lv).
- Ja medicīnas pakalpojuma cena ir lielāka par Compensa Life Vienna Insurance Group SE Latvijas filiāles cenrādi C3/1 norādīto, tad Apdrošinātais apmaksā starpību no personīgiem līdzekļiem, kurus Apdrošinātais nesedz.
- Ja apdrošināšanas programma paredz maksas stacionāro pakalpojumu, t.sk. stacionārās rehabilitācijas saņemšanu, tad Apdrošinātais, nodrošinot klientam bezskaidras naudas norēķinus, līgumiestādei sniedz rakstisku garantijas vēstuli, pamatojoties uz klienta pieteikumu un ārsta – speciālista rakstītu nosūtījumu.
- Lai no Apdrošinātāja saņemtu garantijas vēstuli, apdrošinātā persona vismaz trīs darba dienas pirms plānotā medicīnas pakalpojuma saņemšanas Apdrošinātājam iesniedz personīgi vai nosūta elektroniski (pa faksu Nr. 67606949, vai e-pastu: [veseliba@compensalife.lv](mailto:veseliba@compensalife.lv)) aizpildītu Garantijas vēstules pieteikumu un ārsta izrakstītu norīkojumu uz attiecīgo pakalpojumu. Apdrošinātais to izvērtē un elektroniski nosūta konkrētajai medicīnas iestādei Garantijas vēstuli, papildus par to informējot apdrošināto personu. Ja Apdrošinātā persona ārstniecības iestādē norēķinās ar saviem līdzekļiem, tad augstāk minētā garantijas vēstules pieprasīšanas procedūra nav jāveic.
- Medicīniskos pakalpojumus, kuriem atbilstoši programmas aprakstam nepieciešams ģimenes ārsta vai ārstējošā ārsta nozīmējums, Apdrošinātais apmaksā, ja pakalpojums ir saņemts ne vēlāk kā 90 dienas no nozīmējuma izrakstīšanas dienas, polises darbības laikā.
- Informāciju par apdrošināšanas programmu var saņemt arī pa Apdrošinātāja informatīvo tālruni 67606936.

**Compensa Life Vienna Insurance Group SE Latvijas filiāle apmaksājamās summas apmērs  
līgumiestādēs un nelīgumiestādēs**

**CENRĀDIS C3/1**

<b>Programmā iekļautie pakalpojumi</b>	
<b>Maksas ambulatorie pakalpojumi</b>	<b>Vienas reizes limits līdz EUR</b>
Ģimenes ārstu, maksas terapeitu, ārstu speciālistu (t.sk. fizikālās medicīnas un rehabilitācijas speciālists, rehabilitologs), profesoru, docentu, augstākās kvalifikācijas speciālistu konsultācijas	33.00
Podometrista konsultācija 1 (vienu) reizi gadā	33.00
Ģimenes ārsta un ģimenes ārsta mājas mējas vizītes	33.00
<b>Plaša spektra diagnostiskie (instrumentālie) izmeklējumi ar ārsta norīkojumu</b>	<b>Apmaksa %/ Vienas reizes limits līdz EUR</b>
Elektrokardiogrāfiskie izmeklējumi, funkcionālie kuņģa-zarnu trakta izmeklējumi, rentgenoloģiskie izmeklējumi (t.sk. mammogrāfija), osteodensitometrija, podometrija, karpāla kanāla diagnostika, spirometrija, audiometrija, redzes lauka noteikšana, kolposkopija u.c.	Līgumiestādēs apmaksā 100% apmērā, nelīgumiestādēs 50.00 EUR
Ultrasonogrāfiskie izmeklējumi, neiroelektrofizioloģiskie izmeklējumi (piemēram, neirogrāfija, elektroencefalogrāfija), sirds neinvazīvie funkcionālie izmeklējumi (piemēram, Holtera monitorēšana, veloergometrija), galvas un ekstremitāšu maģistrālo asinsvadu funkcionālie izmeklējumi,	
<b>Plaša spektra augstu tehnoloģiju diagnostiskie (instrumentālie) izmeklējumi ar ārsta norīkojumu, apdrošinājuma summa (limits) 155.00 EUR</b>	<b>Apmaksa (%)</b>
Radionuklīdās diagnostikas izmeklējumi (scintigrāfija)	align="center">100%
Endoskopiskie izmeklējumi (t.sk. fibrogastroduodenoskopija, kolonoskopija)	
Skaitļotājtomogrāfijas (CT) izmeklējumi Magnētiskās rezonanses (MR) izmeklējumi	
<b>Laboratoriskie izmeklējumi ar ārsta norīkojumu</b>	<b>Apmaksa (%)</b>
Pilna asins aina, dzelzs, ferritīns, troponīns, iekaisuma marķieri (CRO, RF, ASO), bioloģiskie izmeklējumi (cukura līmenis, bilirubīns, amilāze, sārmainā fosfatāze, kreatinīns, urea, urīnskābe, ASAT, ALAT), elektrolīti, lipidogramma (ABLH, ZBLH, kopējais holesterīns, triglicerīdi), kopējais olbaltums, albumīni, protrombīna komplekss, APTL, INR, urīna analīze, koprogramma, slēptās asinis, fēcēs, krēpu analīze, ginekoloģijā - iztriepju izmeklēšana uz mikrofloru, onkocitoloģijas analīze	100%
Mikrobioloģiskie izmeklējumi (uztriepes, uzsējumi, antibiotiķu jutības noteikšana), histoloģijas analīzes, hormoni (izņemot dzimumhormonus), hematoloģija, infekciju un antivielu noteikšana, iekaisuma marķieri	
<b>Ārsta nozīmētās ārstnieciskās manipulācijas (t.sk. ginekoloģijā, ķirurģijā, LOR, oftalmoloģijā un dermatoloģijā, ja tas ir medicīniski pamatotas un nav saistītas ar kosmetoloģiju)</b>	<b>Vienas reizes limits līdz EUR</b>
Medikamentu injekcijas un infūzijas, blokādes, punkcijas, pārsiešanas, brūču apstrāde, Haimora dobuma punkcija, deguna blakus dobuma skalošana, incīzija u.c.	50.00
<b>Neatliekamā palīdzība</b>	<b>Apmaksa (%)</b>
Neatliekamā medicīniskā palīdzība, t.sk. privātā neatliekamā medicīniskā palīdzība (t.sk. daļēji pamatoti izsaukumi)	100%

## PAPILDPROGRAMMAS

### Sports (Veselības veicināšana)

<b>S 4*5.8 (Sports)</b>	<b>4 reizes mēnesī, 5.80 EUR par reizi, Apdrošinājuma summa</b>
<b>278.40 EUR</b>	

Apmaksā sporta iestādēs saņemtus trenāžieru zāles, tenisa, skvoša, aerobikas un peldbaseina apmeklējumus apdrošināšanas programmā norādīto mēneša apmeklējumu skaita ietvaros, nepārsniedzot programmā norādīto apdrošinājuma summu par vienu apmeklējuma reizi.

Abonementu apmaksā līdz 23.00 EUR mēnesī: tiek apmaksāti tekošā mēneša abonementi, pēc pakalpojuma saņemšanas, nepārsniedzot programmā norādīto reizu un limita apmērus, papildus iesniedzot apmeklējuma grafiku.

**Neapmaksā:** jogu, austrumu cīņas veidus, slidošanu, slēpošanu, vairāku mēnešu abonementu iegādi.

### Zobārstniecības pakalpojumi

<b>ZT 300/50 (Zobārstniecība - terapija)</b>	<b>50% apmaksā, Apdrošinājuma summa 600.00 EUR (limits)</b>
<b>300.00 EUR</b>	

Programmā norādītā apmērā tiek apmaksāti sekojoši zobārstniecības pakalpojumi: mutes dobuma higiēna 1 reizi apdrošināšanas periodā, neatliekamā palīdzība akūtu zobu sāpju gadījumā, terapeitiskā (zobu plombēšana un kanālu ārstēšana) un ķirurģiskā ārstēšana (zobu izraušana), vietējā anestēzija, zobārsta konsultācijas un RTG (zobu rentgens). Apdrošināšanas atlīdzība, ko apmaksā apdrošinātājs apdrošināšanas periodā, tiek ierobežota ar limitu.

*Nelīgumiestādēs apmaksā tiek nodrošināta saskaņā ar "Cenrādis Zobārstniecības pakalpojumiem – nelīgumiestādēs".*

**Neapmaksā:** Kanālu ārstēšanu ar mikroskopa palīdzību, kroņa atjaunošanu, 5 virsmu plombēšanu, silantus, fluorprotektorus, zoba virsmu kosmētisko plombēšanu, zobu balināšanu, pulēšanu ar sodas strūklu, paradontologiju jeb smaganu un balstaudu ārstēšanu, lāzera izmantošanu, ortodontiju, protezēšanu un ar to saistītos izdevumus, implantologiju, siekalu analīzi, vispārēju anestēziju, nakts kapes. Apdrošināšanas atlīdzības, kas pārsniedz apdrošināšanas limitu (limits attiecas uz visu apdrošināšanas periodu).

### Cenrādis Zobārstniecības pakalpojumiem – nelīgumiestādēs

<b>Zobārstniecības papildprogrammā iekļautie pakalpojumi</b>	
<b>Terapija</b>	<b>Limits līdz EUR</b>
Zobārsta konsultācija un ārstēšanas plāna sastādīšana	15.00
Pagaidu plombe (bez rentgena un anestēzijas izmaksām)	15.00
Zoba plombēšana- vienā virsmā	20.00
Zoba plombēšana – divās virsmās	25.00
Zoba plombēšana- trijās virsmās	30.00
Zoba plombēšana četrās virsmās	50.00
<b>Endodontija (ieskaitot anestēziju, rentģenu un koferdamu)</b>	
Viensaknes zobam	40.00
Divsakņu zobam	55.00
Trīs un vairāk sakņu zobam	70.00
Kanāla (u) pildījuma izņemšana	15.00
<b>Higiēna</b>	
Pilna mutes dobuma higiēna	30.00
<b>Ķirurģija</b>	
Viensaknes zoba ekstrakcija	20.00
Daudzsakņu zoba ekstrakcija	25.00
Sarežģīta zoba ekstrakcija	30.00
Asiņošanas apturēšana pēc ekstrakcijas	7.00
Incīzija, abscesa atvēršana	15.00
Šuvju uzlikšana, noņemšana	4.00
<b>Citi pakalpojumi</b>	
Anestēzija (virsmas, novadu, infiltrācijas u.c.)	5.00
Zoba rentgens	5.00
Panorāmas rentģens*	15.00

### Papildprogramma ar paplašinātu segumu

#### Papildprogramma PĒRLE PA

Kopējā apdrošinājuma summa 4500.00 EUR

#### Pacienta iemaksas

##### **Pacienta iemaksa un līdzmaksājums 100% apmērā atbilstoši spēkā esošajiem MK noteikumiem**

- Pacienta iemaksa par ģimenes ārsta ambulatoru apmeklējumu un mājas vizīti
- Pacienta iemaksa par ārsta ambulatoru apmeklējumu
- Pacienta iemaksa par ārstēšanos dienas un diennakts stacionārā
- Pacienta iemaksa par ambulatori un stacionāri veiktajiem diagnostiskajiem izmeklējumiem
- Pacienta iemaksa par ambulatori un dienas stacionārā veikto operāciju
- Pacienta iemaksa par medicīniskās apaugļošanas procedūrām
- Pacienta iemaksa par medicīnisko rehabilitāciju
- Līdzmaksājums par operāciju zālē veiktajām ķirurģiskajām operācijām

#### Maksas ambulatorie pakalpojumi

---

**Ambulatorie pakalpojumi bez ārstējošā ārsta nosūtījuma**

- Ģimenes ārstu, maksas terapeitu, ārstu speciālistu (t.sk. fizikālās medicīnas un rehabilitācijas speciālists, rehabilitologs), profesoru, docentu, augstākās kvalifikācijas speciālistu konsultācijas
- Podometrista konsultācija 1 (vienu) reizi gadā
- Ģimenes ārsta un ģimenes ārsta māšas mājas vizītes

**Plaša spektra diagnostiskie (instrumentālie) izmeklējumi ar ārsta norīkojumu**

- Elektrokardiogrāfiskie izmeklējumi, funkcionālie kuņģa-zarnu trakta izmeklējumi, rentgenoloģiskie izmeklējumi (t.sk. mammogrāfija), osteodensitometrija, podometrija, karpālā kanāla diagnostika, spirogrāfija, audiometrija, redzes lauka noteikšana, kolposkopija u.c.
- Ultrasonogrāfiskie izmeklējumi, neiroelektrofizioloģiskie izmeklējumi (piemēram, neurogrāfija, elektroencefalogrāfija), sirds neinvazīvie funkcionālie izmeklējumi (piemēram, Holtera monitorēšana, veloergometrija), galvas un ekstremitāšu maģistrālo asinsvadu funkcionālie izmeklējumi, radionuklīdās diagnostikas izmeklējumi (scintigrāfija)
- Endoskopiskie izmeklējumi (t.sk. fibrogastroduodenoskopija, kolonoskopija),
- Skaitļotājtomogrāfijas (CT) un magnētiskās rezonanses (MR) izmeklējumi (ar un bez kontrastvielas)

**Laboratoriskie izmeklējumi ar ārsta norīkojumu, t.sk.:**

- Pilna asins aina, dzelzs, ferritīns, troponīns, iekaisuma marķieri (CRO, RF, ASO), bioķīmiskie izmeklējumi (cukura līmenis, bilirubīns, amilāze, sārmainā fosfatāze, kreatinīns, urea, urīnskābe, ASAT, ALAT), elektrolīti, lipidogramma (ABLH, ZBLH, kopējais holesterīns, triglicerīdi), kopējais olbaltums, albumīni, protrombīna komplekss, APTL, INR, urīna analīze, kopprogramma, slēptās asinis fēcēs, krēpu analīze, ginekoloģijā - iztriepju izmeklēšana uz mikrofloru, onkocitoloģijas analīze
- Mikrobioloģiskie izmeklējumi (uztriepes, uzsējumi, antibiotiķu jutības noteikšana), histoloģijas analīzes, hormoni (izņemot dzimumhormonus), hematoloģija, infekciju un antivielu noteikšana, iekaisuma marķieri

**Ārsta nozīmētās ārstnieciskās manipulācijas (t.sk. ginekoloģijā, ķirurģijā, LOR, oftalmoloģijā un dermatoloģijā, ja tas ir medicīniski pamatotas un nav saistītas ar kosmetoloģiju)**

- Medikamentu injekcijas un infūzijas, blokādes, punkcijas, pārsiešanas, brūču apstrāde, Haimora dobuma punkcija, deguna blakus dobuma skalošana, incīzija u.c.

**Neatliekamā palīdzība**

- Neatliekamā medicīniskā palīdzība, t.sk. privātā neatliekamā medicīniskā palīdzība (t.sk. daļēji pamatoti izsaukumi)

---

**PV3 (Profilaktiskā vakcinācija)**

- Jebkura veida vakcinācija, izņemot vakcināciju pret dzemdes kakla vēzi (apdrošinātajai personai jānorēķinās ar personīgajiem līdzekļiem)

---

**OVP (Medicīniskās apskates)**

- Obligātās veselības pārbaudes, kas saistītas ar kaitīgu darba vides faktoru ietekmi uz cilvēka veselību, normatīvos aktos noteiktā kārtībā un apjomā

---

**AR (Ambulatorā rehabilitācija ar ārsta norīkojumu), apdrošinājuma summa (limits) 150.00 EUR**

- Ārstnieciskā masāža
- Ārstnieciskā vingrošana individuāli vai grupās (ārstniecības iestādēs)
- Ūdens procedūras (dušas, vannas, dūņas, zemūdens masāža)
- Manuālā terapija

---

**AR\*\* (Fizikālās terapijas procedūras ar ārsta norīkojumu)**

- Fizikālās terapijas procedūras (pielietojot ārējās vides faktoru ietekmi uz cilvēka organismu caur ādu, elpošanas ceļiem, ausīm un orgāniem), limits 10 reizes

---

**Maksas stacionārie pakalpojumi****MS (Maksas stacionārie pakalpojumi)**

- **Maksas stacionārie pakalpojumi ar ārstējošā ārsta nosūtījumu (900.00EUR par 1 stacionēšanas gadījumu):** uzturēšanās stacionārā, t.sk., sanitārā aprūpe, medikamenti; ārstu, nodaļas vadītāju, docentu, profesoru konsultācijas; diagnostiskas, laboratorijas un instrumentālie izmeklējumi; ārstnieciskās procedūras; plānveida operatīvā ārstēšana (t.sk. mugurkaula operācijas (pēc akūtas traumas, polises darbības laikā), kardioloģiskās operācijas (apdrošinātā persona nevar būt vecāka par 40 gadiem), varikozo vēnu mazspējas operācijas ar jaunām tehnoloģijām (t.sk. lāzertehniku), ja apdrošinātā kāju vēnām ir vismaz C4 stadija pēc CEAP klasifikatora; ārstēšanās paaugstināta servisa apstākļos (25.00 EUR par palātu)

---

**Papildus nosacījumi un skaidrojumi Programmai PĒRLE PA ar 100% apmaksu**

- Compensa Life Vienna Insurance Group SE Latvijas filiāle (turpmāk – Apdrošinātājs) veic apdrošināšanas programmu norādīto ārstniecības pakalpojumu apmaksu saskaņā ar apdrošinājuma summām, limitiem un Veselības apdrošināšanas noteikumiem VA/02-2. **Visās līgumiestādēs** saņemtie apdrošināšanas programmas pakalpojumi tiek apmaksāti 100% apmērā, bet ārpus līgumiestādēm saņemtie pakalpojumi tiek apmaksāti saskaņā ar cenrādi C3.
- Apdrošinātai personai līgumiestādē uzrādot Apdrošinātāja izsniegto veselības apdrošināšanas karti un personu apliecinošu dokumentu tiek nodrošināti Apdrošināšanas programmas pakalpojumi ar bezskaidras naudas norēķinu saskaņā ar apdrošināšanas programmas un līgumiestādes sadarbības noteikumiem. Informācija par līgumiestāžu sarakstu un to sniedzamiem pakalpojumiem ir pieejama [www.compensalife.lv](http://www.compensalife.lv).
- Ja apdrošināšanas programma paredz maksas stacionāro pakalpojumu, t.sk. stacionārās rehabilitācijas saņemšanu, tad Apdrošinātājs, nodrošinot klientam bezskaidras naudas norēķinus, līgumiestādei sniedz rakstisku garantijas vēstuli, pamatojoties uz klienta pieteikumu un ārsta – speciālista rakstītu nosūtījumu.
- Lai no Apdrošinātāja saņemtu garantijas vēstuli, apdrošinātā persona vismaz trīs darba dienas pirms plānotā medicīnas pakalpojuma saņemšanas Apdrošinātājam iesniedz personīgi vai nosūta elektroniski (pa faksu Nr. 67606949, vai e-pastu: [veseliba@compensalife.lv](mailto:veseliba@compensalife.lv)) aizpildītu Garantijas vēstules pieteikumu un ārsta izrakstītu norīkojumu uz attiecīgo pakalpojumu. Apdrošinātājs to izvērtē un elektroniski nosūta konkrētajai medicīnas iestādei Garantijas vēstuli, papildus par to informējot apdrošināto personu. Ja Apdrošinātā persona ārstniecības iestādē norēķinās ar saviem līdzekļiem, tad augstāk minētā garantijas vēstules pieprasīšanas procedūra nav jāveic.
- Medicīniskos pakalpojumus, kuriem atbilstoši programmas aprakstam nepieciešams ģimenes ārsta vai ārstējošā ārsta nozīmējums, Apdrošinātājs apmaksā, ja pakalpojums ir saņemts ne vēlāk kā 90 dienas no nozīmējuma izrakstīšanas dienas, polises darbības laikā.
- Informāciju par apdrošināšanas programmu var saņemt arī pa Apdrošinātāja informatīvo tālruni 67606936.

**Compensa Life Vienna Insurance Group SE Latvijas filiāle apmaksājamās summas apmērs nelīgumiestādēs  
CENRĀDIS C3**

<b>Programmā iekļautie pakalpojumi</b>	
<b>Maksas ambulatorie pakalpojumi</b>	<b>Vienas reizes limits līdz EUR</b>
Ģimenes ārstu, maksas terapeitu, ārstu speciālistu (t.sk. fizikālās medicīnas un rehabilitācijas speciālists, rehabilitologs), profesoru, docentu, augstākās kvalifikācijas speciālistu konsultācijas	36.00
Podometrista konsultācijas 1 (vienu) reizi gadā	36.00
Ģimenes ārsta un ģimenes ārsta māsas mājas vizītes	36.00
<b>Plaša spektra diagnostiskie (instrumentālie) izmeklējumi ar ārsta norīkojumu</b>	<b>Vienas reizes limits līdz EUR</b>
Elektrokardiogrāfiskie izmeklējumi, funkcionālie kuņģa-zarnu trakta izmeklējumi, rentgenoloģiskie izmeklējumi (t.sk. mammogrāfija), osteodensitometrija, podometrija, karpālā kanāla diagnostika, spirogrāfija, audiometrija, redzes lauka noteikšana, kolposkopija u.c.	57.00
Ultrasonogrāfiskie izmeklējumi, neiroelektrofizioloģiskie izmeklējumi (piemēram, neirogrāfija, elektroencefalogrāfija), sirds neinvazīvie funkcionālie izmeklējumi (piemēram, Holtera monitorēšana, veloergometrija), galvas un ekstremitāšu maģistrālo asinsvadu funkcionālie izmeklējumi, radionuklīdās diagnostikas izmeklējumi (scintigrāfija)	
Endoskopiskie izmeklējumi (t.sk. fibrogastroduodenoskopija, kolonoskopija)	71.00
Skaitļotājtomogrāfijas (CT) izmeklējumi	85.00
Magnētiskās rezonanses (MR) izmeklējumi	142.00
<b>Laboratoriskie izmeklējumi ar ārsta norīkojumu</b>	<b>Apmaksa (%)</b>
Pilna asins aina, dzelzs, ferritīns, troponīns, iekaisuma marķieri (CRO, RF, ASO), bioķīmiskie izmeklējumi (cukura līmenis, bilirubīns, amilāze, sārmainā fosfatāze, kreatinīns, urea, urīnskābe, ASAT, ALAT), elektrolīti, lipidogramma (ABLH, ZBLH, kopējais holesterīns, triglicerīdi), kopējais olbaltums, albumīni, protrombīna komplekss, APTL, INR, urīna analīze, koprogramma, slēptās asinis fēcēs, krēpu analīze, iztriepju izmeklēšana uz mikrofloru, onkocitoloģijas analīze, hormoni, elektrolīti, hematoloģija, infekciju noteikšana, antivielu noteikšana, mikrobioloģiskie izmeklējumi.	100%
Mikrobioloģiskie izmeklējumi (uztriepes, uzsējumi, antibiotiķu jutības noteikšana), histoloģijas analīzes, hormoni (izņemot dzimumhormonus), hematoloģija, infekciju un antivielu noteikšana, iekaisuma marķieri	
<b>Ārsta nozīmētās ārstnieciskās manipulācijas (t.sk. ginekoloģijā, ķirurģijā, LOR, oftalmoloģijā un dermatoloģijā, ja tas ir medicīniski pamatotas un nav saistītas ar kosmetoloģiju)</b>	<b>Vienas reizes limits līdz EUR</b>
Medikamentu injekcijas un infūzijas, blokādes, punkcijas, pārsiešanas, brūču apstrāde, Haimora dobuma punkcija, deguna blakus dobuma skalošana, incīzija u.c.	50.00
<b>Neatliekamā palīdzība</b>	<b>Apmaksa (%)</b>
Neatliekamā medicīniskā palīdzība, t.sk. privātā neatliekamā medicīniskā palīdzība (t.sk. daļēji pamatoti izsaukumi)	100%



## 1. NOTEIKUMOS LIETOTIE TERMINI

1.1. **Apdrošinātājs** - Compensa Life Vienna Insurance Group SE Latvijas filiāle, kas noslēdz ar Apdrošinājumaņēmēju apdrošināšanas Līgumu.

1.2. **Apdrošinājumaņēmējs** – juridiska persona, kas noslēdz Līgumu ar Apdrošinātāju Apdrošināto labā.

1.3. **Apdrošinātais** – fiziska persona, kuras labā ir noslēgts apdrošināšanas Līgums un kurai saskaņā ar noslēgto Līgumu starp Apdrošinātāju un Apdrošinājumaņēmēju, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam tiek nodrošināta Apdrošināšanas programā noteikto pakalpojumu apmaksā.

1.4. **Apdrošināšanas pieteikums** – Apdrošinātāja noteikts dokuments, kuru Apdrošinājumaņēmējs iesniedz Apdrošinātājam, lai informētu to par faktiem, kuri nepieciešami riska izvērtēšanai.

1.5. **Līgums** – apdrošināšanas Līgums saskaņā ar Apdrošinātāja un Apdrošinājumaņēmēja vienošanos, kur Apdrošinājumaņēmējs apņemas veikt Apdrošināšanas prēmiju maksājumus Līgumā noteiktajā veidā, termiņos un apmērā, kā arī pildīt citas Līgumā noteiktās saistības. Apdrošinātājs apņemas, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, veikt Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu atbilstoši noslēgtajam apdrošināšanas Līgumam. Līgumā iesaistīto personu tiesiskās attiecības nosaka Līgums un Latvijas Republikas normatīvie akti.

1.6. **Polise** – dokuments, kurš apliecina Līguma noslēgšanu, un ietver Līguma Noteikumus, Apdrošināšanas programmu(-as), Papildapdrošināšanas noteikumus (ja tiek veikta Papildapdrošināšana), kā arī jebkuru šajā punktā uzskaitīto dokumentu pielikumus, grozījumus un papildinājumus.

1.7. **Noteikumi** – šie Veselības apdrošināšanas noteikumi VA/02-2, kā arī jebkuri to pielikumi vai izmaiņas.

1.8. **Apdrošināšanas gadījums** – notikums, kuram iestājoties apdrošināšanas darbības laikā, saskaņā ar Līgumu ir paredzēta Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa.

1.9. **Apdrošināšanas prēmija** – maksājums par apdrošināšanu, kuru Apdrošinājumaņēmējs maksā Apdrošinātājam Līgumā noteiktā apmērā un termiņos.

1.10. **Līgumiestāde** – Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā reģistrēta iestāde, ar kuru Apdrošinātājs ir noslēdzis sadarbības līgumu par Apdrošināšanas programā noteikto pakalpojumu sniegšanu Apdrošinātājiem.

1.11. **Apdrošināšanas programma** – Līgumā noteikts pakalpojumu kopums, kuru apmaksu, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, pilnībā vai daļēji sedz Apdrošinātājs.

1.12. **Apdrošinājuma summa** – Apdrošināšanas programā noteikta naudas summa, kuras robežās, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, Līguma darbības periodā tiek izmaksāta Apdrošināšanas atlīdzība atbilstoši Apdrošināšanas programmai un Noteikumiem.

1.13. **Limits** – Apdrošināšanas programā noteikta naudas summa vai veselības aprūpes pakalpojumu skaits, kuru robežās, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam Līguma darbības laikā, tiek izmaksāta Apdrošināšanas atlīdzība atbilstoši izvēlētai Apdrošināšanas programmai un Noteikumiem.

1.14. **Apdrošinātais risks** – Līgumā paredzētais no Apdrošinātās gribas neatkarīgs notikums, kura iestāšanās iespējama nākotnē, kad Apdrošinātājam var rasties izdevumi par Apdrošināšanas programā noteiktiem pakalpojumiem.

1.15. **Apdrošināšanas karte** – Apdrošinātāja izsniegts plastikāta dokuments, kas apliecina Apdrošinātāja tiesības saņemt pakalpojumus Līgumiestādēs saskaņā ar Apdrošināšanas programmu.

1.16. **Apdrošināšanas atlīdzība** – Apdrošinājuma summa vai tās daļa, kuru Apdrošinātājs izmaksā Apdrošinātājam, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, atbilstoši Apdrošināšanas programmai un Līgumam.

1.17. **Papildapdrošināšana** – apdrošināšanas veids, kurš papildus tiek iekļauts Līgumā.

## 2. VISPĀRĪGIE NOTEIKUMI

2.1. Apdrošināšana ir spēkā Latvijas Republikas teritorijā Līgumā noteiktajos termiņos.

2.2. Par Apdrošināto var kļūt fiziska persona, kura ir Latvijas Republikas pilsonis vai tās pastāvīgais iedzīvotājs vai persona, kura legāli uzturas tās teritorijā.

2.3. Apdrošināšanā tiek piemērots kompensācijas princips, izmaksājot Apdrošināšanas atlīdzību Apdrošinātājam vai viņa pilnvarotai personai, vai Līgumiestādei.

## 3. LĪGUMA NOSLĒGŠANA UN TĀ DARBĪBAS LAIKS

3.1. Līgums tiek slēgts uz vienu gadu. Izņēmuma gadījumos, Apdrošinātājam vienojoties ar Apdrošinājumaņēmēju var tikt noteikts cits Līguma darbības termiņš.

3.2. Līguma neatņemamas sastāvdaļas ir:

3.2.1. Apdrošināšanas pieteikums;

3.2.2. Noteikumi;

3.2.3. Polise;

3.2.4. rēķins;

3.2.5. Apdrošināšanas kartes, ja Apdrošināšanas programma to paredz.

3.3. Apdrošinātājam un Apdrošinājumaņēmējam vienojoties par apdrošināšanas nosacījumiem, Apdrošinājumaņēmējs aizpilda un iesniedz Apdrošinātājam Apdrošināšanas pieteikumu. Apdrošināšanas pieteikuma aizpildīšana Apdrošinājumaņēmējam neuzliek pienākumu noslēgt Līgumu. Apdrošināšanas pieteikuma saņemšana Apdrošinātājam neuzliek pienākumu noslēgt Līgumu.

3.4. Pēc Apdrošināšanas pieteikuma saņemšanas Apdrošinātājs sagatavo un iesniedz Apdrošinājumaņēmējam rēķinu.

3.5. Līgums tiek uzskatīts par noslēgtu, kad Apdrošinātājs un Apdrošinājumaņēmējs abpusēji ir parakstījuši Polisi un Noteikumus.

3.6. Līgums stājas spēkā Polisē noteiktā termiņā, ja Apdrošinājumaņēmējs ir veicis Apdrošināšanas prēmijas samaksu Polisē un rēķinā noteiktā termiņā un apjomā. Ja Apdrošinājumaņēmējs neveic Apdrošināšanas prēmijas samaksu Polisē un rēķinā noteiktā termiņā un apjomā, tad, nestājoties spēkā, Līgums tiek izbeigts.

3.7. Apdrošinātājs 10 (desmit) darba dienu laikā pēc Apdrošināšanas prēmijas saņemšanas dienas Apdrošinājumaņēmējam izsniedz Apdrošinātiem paredzētus Apdrošināšanas programmu aprakstus un Apdrošināšanas kartes, ja tās paredz izvēlētai Apdrošināšanas programmai.

3.8. Ja Līguma darbības laikā Apdrošinājumaņēmējs nav veicis Apdrošināšanas prēmijas samaksu Polisē un rēķinā noteiktā termiņā, tad Līguma darbība tiek apturēta. Apdrošinātājs nosūta Apdrošinājumaņēmējam rakstveida brīdinājumu par Polisē un rēķinā noteiktā termiņā nesamaksātu apdrošināšanas prēmiju.

3.9. Līguma darbība tiek atjaunota pēc tam, kad Apdrošinātājs ir saņēmis Apdrošināšanas Polisē un rēķinā noteikto Apdrošināšanas prēmiju.

3.10. Ja Apdrošinājumaņēmējs nesamaksā Polisē un rēķinā noteikto Apdrošināšanas prēmiju 15 (piecpadsmit) dienu laikā pēc brīdinājuma izsūtīšanas, tad Līgums tiek izbeigts, ja vien Apdrošinātājs brīdinājumā nav noteicis citādi.

3.11. Apdrošinātājs visu ar Līgumu saistītos dokumentus nosūta elektroniski un/vai pasta sūtījumu veidā uz Līgumā vai ar to saistītos dokumentos norādītu adresi. Elektroniski sagatavots dokuments ir derīgs bez zīmoga un paraksta.

3.12. Ja Apdrošinātais nozaudē Apdrošināšanas karti, vai tā tiek nozagta, vai persona ir mainījusi datus, tad Apdrošināšanas karte uzskatāma par nederīgu.



Apdrošinātājs, pamatojoties uz Apdrošinātā rakstisku iesniegumu, 10 (desmit) darba dienu laikā izgatavo jaunu Apdrošināšanas karti.

3.13. Ja Līguma darbības laikā Apdrošinātais ir pārsniedzis kādu no Polīse noteiktām Apdrošināšanas summām vai Limitiem, tad Līguma darbība tiek apturēta tikai attiecībā uz šo Apdrošināto (Apdrošināšanas karti). Samaksājot Apdrošinātājam pārsnieguma Apdrošināšanas summu/Limitu, Līguma darbība Apdrošinātājam tiek atjaunota.

3.14. Līguma darbības laikā Apdrošinājumaņēmējs atbilstoši izmaiņām tā darba tiesiskās attiecībās ir tiesīgs veikt izmaiņas Apdrošināto sarakstā saskaņā ar likumu „Par apdrošināšanas līgumu”.

3.15. Apdrošinātājs Līgumu var izbeigt Līgumā un Latvijas Republikas likumā „Par apdrošināšanas līgumu” noteiktajos gadījumos un kārtībā.

3.16. Apdrošināto ģimenes locekļiem un darbinieku grupām, kur mazāk kā 10 personas, Līguma noslēgšanai jāaizpilda Apdrošinātāja noteikta Individuālā anketa veselības apdrošināšanai.

#### 4. APDROŠINĀŠANAS SUMMA UN APDROŠINĀŠANAS PRĒMIJA

4.1. Apdrošināšanas programmā norādītā Apdrošinājuma summa vai Limits tiek noteikts uz visu Līguma darbības laiku un attiecas uz katru Apdrošināto.

4.2. Apdrošināšanas prēmijas apmēru nosaka Apdrošinātājs, ievērojot Apdrošināto personu skaitu, vecumu, veselības stāvokli un izvēlēto Apdrošināšanas programmu.

4.3. Slēdzot jaunu vai atjaunojot veselības apdrošināšanas Līgumu, Apdrošinātājs ir tiesīgs pārskatīt Apdrošināšanas prēmijas apmēru katram Apdrošinātājam.

4.4. Papildus Apdrošināšanas prēmija tiek aprēķināta gadījumos, kad palielinās Apdrošinātāja saistību apmērs (piemēram, gadījumos, kad Līgumā tiek iekļauti jauni Apdrošinātie).

#### 5. APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBA UN TĀS IZMAKSAS KĀRTĪBA

5.1. Apdrošinātājam saskaņā ar Līgumu saņemtu pakalpojumu Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta:

5.1.1. Līgumiestādei saskaņā ar savstarpēji noslēgto līgumu, ja Apdrošinātais saņemot pakalpojumu uzrādījis Apdrošināšanas karti, personu apliecinošu dokumentu un apliecinājis pakalpojumu saņemšanu ar parakstu, vai

5.1.2. Apdrošinātājam vai tā pilnvarotai personai, ja Apdrošinātais ir apmeklējis iestādi, kura nav Apdrošinātāja Līgumiestāde, vai Līgumiestādē kādu citu iemeslu dēļ norēķinājis ar personīgiem līdzekļiem un iesniedzis Apdrošinātājam šādus dokumentus:

5.1.2.1. Apdrošinātāja noteiktas formas pieteikumu Apdrošināšanas atlīdzības izmaksai (pieejams arī [www.compensalife.lv](http://www.compensalife.lv));

5.1.2.2. personificētu maksājumu apliecinājošu dokumentu (EKA čeku, stingrās uzskaites kvīti, rēķinu) oriģinālu vai kopiju saskaņā ar 5.3. punktu, kurā norādīts pakalpojuma sniedzēja nosaukums, reģistrācijas numurs, juridiskā adrese, pakalpojumu saņēmēja (Apdrošinātā) vārds, uzvārds, personas kods, detalizēts pakalpojuma nosaukuma atšifrējums, pakalpojuma cena un sniegšanas datums;

5.1.2.3. Izrakstu no Apdrošinātā ambulatorā un / vai stacionārā pacienta medicīniskās kartes (tajā norādīta Apdrošinātā pilna diagnoze, ārstēšana, izmeklējumu rezultāti) un citi dokumenti, kas apstiprina saņemto pakalpojumu, ja tos pieprasa Apdrošinātājs.

5.2. Apdrošinātājs ne vēlāk kā 7 (septiņu) darba dienu laikā no Noteikumu 5.1.2. punkta apakšpunktos noteikto dokumentu saņemšanas dienas:

5.2.1. izmaksā Apdrošināšanas atlīdzību, vai

5.2.2. norādot iemeslu informē Apdrošināto par atteikumu izmaksāt Apdrošināšanas atlīdzību, vai

5.2.3. pieprasa papildus dokumentāciju Apdrošināšanas gadījuma izvērtēšanai. Pēc prasītās papildu dokumentācijas saņemšanas Apdrošinātājs atkārtoti izvērtē atlīdzības izmaksu pamatotību saskaņā ar Noteikumu 5.2. punktā noteikto kārtību.

5.3. Ātrākai atlīdzības izmaksai Apdrošinātais ir tiesīgs iesniegt Noteikumu 5.1.2. punkta apakšpunktos noteiktos dokumentus arī elektroniski - skenētā veidā (PDF vai JPEG formātā), tos nosūtot uz e-pastu: [veselib@compensalife.lv](mailto:veselib@compensalife.lv).

5.4. Gadījumā, ja Noteikumu 5.1.2. punkta apakšpunktos noteikto dokumentu kopijas iesniegtas elektroniski saskaņā ar Noteikumu 5.3. punktu, tad Apdrošinātais šo dokumentu oriģinālus glabā 3 gadus, un pēc Apdrošinātāja pieprasījuma uzrāda attiecīgo dokumentu oriģinālus.

5.5. Apdrošinātājs ir tiesīgs aizturēt apdrošināšanas atlīdzības izmaksu līdz saistību izpildei, ja:

5.5.1. nav veikts Apdrošināšanas prēmijas maksājums Līgumā noteiktā termiņā un apmērā;

5.5.2. nav veikta naudas summas atmaksa saskaņā ar Noteikumu 8.4.9. punktu.

5.6. Kopējā Apdrošināšanas atlīdzības summa katram Apdrošinātājam par vienu vai vairākiem Apdrošināšanas gadījumiem apdrošināšanas Līguma darbības laikā nevar pārsniegt Apdrošinājuma summu. Apdrošinātāja saistības pēc Apdrošināšanas atlīdzības izmaksāšanas paliek spēkā starpības apmērā starp Polīse noteikto Apdrošinājuma summu un izmaksātajām Apdrošināšanas atlīdzībām.

5.7. Apdrošinātājs var atteikties izmaksāt Apdrošināšanas atlīdzību, ja:

5.7.1. Apdrošinājumaņēmējs vai Apdrošinātais ar jaunu nolūku vai rupjas neuzmanības dēļ sniedzis nepatiesu informāciju Apdrošinātājam;

5.7.2. Apdrošinājumaņēmējs vai Apdrošinātais nav izpildījis Līgumā minētos pienākumus un noteikumus;

5.7.3. ja Apdrošināšanas gadījums atbilst Noteikumu 6. nodaļā minētajiem Apdrošināšanas atlīdzību izmaksu izņēmumiem.

#### 6. APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBU IZMAKSU IZNĒMUMI

6.1. Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta par:

6.1.1. pakalpojumiem, kurus sniegusi iestāde vai persona, kas nav reģistrēta un sertificēta atbilstoši Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem;

6.1.2. pakalpojumiem, kuri nav iekļauti izvēlētajā Apdrošināšanas programmā vai saņemti neievērojot Apdrošināšanas programmā noteikto pakalpojumu saņemšanas kārtību;

6.1.3. anonīmi veiktiem pakalpojumiem, pakalpojumiem bez medicīniskām indikācijām, ārsta honorāru, ārsta izvēli operācijai, dokumentu noformēšanu (potēšanas pases izrakstīšana, darba nespējas lapas noformēšana, reģistrēšanu u.c.);

6.1.4. ārsta – kosmetologa un plastiskā ķirurga pakalpojumiem, kosmētisko ārstēšanu, kosmētiskām vai plastiskām operācijām un ar tām saistītiem izdevumiem, **skleroterapiju**, sēnīšu diagnostiku un ārstēšanu, pedikūru, ieaugušu nagu rezekciju, piņņu ārstēšanu, labdabīgo ādas vai zemādas veidojumu (dzimumzīmju, teleangektāziju, kārpju, varžacu, lipomu u.c.) diagnostiku un ar to ārstēšanu saistītiem izdevumiem;

6.1.5. lāzertehnikā vai termoablācijas tehnikā veiktām manipulācijām un operācijām, ambulatorā iestādē veiktām vēnu operācijām;

6.1.6. homeopāta pakalpojumiem, netradicionālām ārstēšanas un diagnostikas metodēm (Folla diagnostiku, iridodiagnostiku, manuālo terapiju, osteoreflsoterapiju, adatu terapiju u.c.);

6.1.7. izdevumiem, saistītiem ar svāra korekcijas programmām, hidrokolonoterapiju, dietologa pakalpojumiem;

6.1.8. vispārējo masāžu, vakuummassāžu, limfodrenāžu, slinga terapiju, teipošanu, jogu;

6.1.9. alergologa, imunologa un ģenētiķa pakalpojumiem, antioksidantu noteikšanu, imūnstatusa un kariotipa noteikšanu, imunizācijas efektivitātes pārbaudi, alerģijas paneļu diagnostiku, ērču izņemšanu no ausiem un to pārbaudi;

6.1.10. venerologa un seksopatologa pakalpojumiem, seksuāli transmisīvu saslimšanu diagnostiku un ārstēšanu, HIV/AIDS un ar to saistīto saslimšanu diagnostiku un ārstēšanu;

6.1.11. psihiatra, psihoterapeita, psihologa, logopēda un miega speciālista pakalpojumiem, polisomnogrāfiju, psihisku slimību, atkarību diagnostiku un ārstēšanu;

6.1.12. onkoloģisku (t.sk. onkohematoloģisku) saslimšanu ārstēšanu un diagnostiku par maksu un ārstēšanu aprūpes nodaļās par maksu;

6.1.13. ģimenes plānošanu (neauglības ārstēšanu un izmeklēšanu, mākslīgo apaugļošanu), maksas pakalpojumiem, kas saistīti ar grūtniecības norisi, grūtniecības pārtraukšanu bez medicīniskām indikācijām, maksas dzemdniecības pakalpojumiem, grūtniecības saglabāšanu un kontrāceptiju;

6.1.14. par maksu veiktām: sirds operācijām maksīgā asinsritē, dialīzi, audu vai orgānu transplantāciju;

6.1.15. redzi koriģējošām manipulācijām un operācijām, tīkleni koriģējošām operācijām (t.sk. kataraktas un glaukomas operācijām) un ar tām saistītajiem izdevumiem un preparātiem;

6.1.16. sporta ārsts, protezēšanas – ortozēšanas speciālista pakalpojumiem, iedzimu patoloģiju, endoprotezēšanas operācijām, skeleta - kaulu deformācijas operācijām;

6.1.17. maksas pakalpojumu izdevumiem, kas radušies, ārstējot pirms Līguma darbības sākuma konstatētu slimību vai traumu stacionārā vai rehabilitācijas centrā;

6.1.18. pakalpojumiem saistībā ar obligātām veselības pārbaudēm;

6.1.19. tehniskiem palīgīdzekļiem (ortozēm, protēzēm, balsta līdzekļiem u.c.), medicīnas precēm (glikometriem, krājētpāp, vakutaineriem, spoguļiem, špātelēm, individuālajiem higiēnas komplektiem u.c.);

6.1.20. gadījumiem, kad Apdrošinātais ļaunos nolūkos ietekmējis savu veselību (Apdrošinātājam ir tīši sev nodarīti ievainojumi, pašnāvība vai tās mēģinājums);

6.1.21. traumu, saslimšanu un miesas bojājumu ārstēšanu, kuri iegūti karā, teroraktos, masu nemieros, radioaktīvā saindēšanās, pandēmijas un dabas katastrofu rezultātā;

6.1.22. gadījumiem, kad Apdrošinātais vai Apdrošinājuma ņēmējs apzināti maldinājis Apdrošinātāju;

6.1.23. gadījumiem, kad Apdrošinātais nav iesniedzis vai nevar iesniegt Apdrošinātājam Noteikumu 5.1.2. punkta apakšpunktos noteiktos dokumentus, vai iesniegtajos dokumentos ir neatrunāti labojumi un/vai svītrojumi;

6.1.24. pakalpojumiem, kuri nav apmaksāti vai saņemti Līguma darbības laikā;

6.1.25. maksas neiroķirurģiskām, mikroķirurģiskām, rekonstruktīvām operācijām, operācijām radiofrekvences tehnikā, saaugumu atdalīšanas un hormonālu traucējumu izraisītu ginekoloģisko saslimšanu operācijām;

6.1.26. maksas terapeitisko ārstniecību dienas stacionārā;

6.1.27. kompleksās veselības pārbaudēm.

## **6.2. Ja pastāv pretrunas starp Noteikumiem un Apdrošināšanas programmām, tad noteicošā ir Apdrošināšanas programma.**

### **7. APDROŠINĀTĀJA TIESĪBAS UN PIENĀKUMI**

7.1. Apdrošinātājs ir tiesīgs pirms Līguma noslēgšanas pieprasīt Apdrošinājuma ņēmējam papildus informāciju riska izvērtēšanai.

7.2. Apdrošinātājam ir pienākums saskaņā ar noslēgto apdrošināšanas Līgumu, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, veikt Apdrošināšanas atlīdzības izmaksu šo Noteikumu 5. nodaļā paredzētajā kārtībā.

7.3. Apdrošinātāja pienākums ir izmantot informāciju par Apdrošināto, kas nonākusi Apdrošinātāja rīcībā, noslēdzot Līgumu, ievērojot Latvijas Republikas Fizisko peronu datu

aizsardzības likumu un izpaust to vienīgi Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.

7.4. Uzsākot lietot veselības apdrošināšanu, Apdrošinātais piekrīt, ka Apdrošinātājam ir tiesības pārliecināties par Apdrošinātā sniegto ziņu patiesumu un, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, iepazīties ar viņa medicīnisko dokumentāciju, un neskaidrību gadījumā piekrist ekspertīzei pie Apdrošinātāja izvēlēta ārsta eksperta veselības stāvokļa pārbaudei sakarā ar Apdrošināšanas gadījumu.

7.5. Apdrošinātājam ir tiesības piedzīt naudas summu, kuru Apdrošinātājs ir izmaksājis par Noteikumu 8.4.9. apakšpunktā minētajiem gadījumiem no attiecīgā Apdrošinātā vai Apdrošinājuma ņēmēja, ja neizdodas šo naudas summu atgūt no Apdrošinātā.

7.6. Apdrošinātājam ir tiesības piedzīt regresa kārtībā no vainīgās personas zaudējumus, kuri radušies, apmaksājot ārstnieciskos izdevumus personām, kuras cietušas fizisku vai juridisku personu prettiesiskas darbības vai bezdarbības rezultātā.

7.7. Apdrošinātājam ir tiesības pieprasīt medicīnisko vai finanšu dokumentāciju atbilstoši Noteikumu 5.1.2. apakšpunktam.

7.8. Apdrošinātājam ir tiesīgs vienpusēji apturēt apdrošināšanu Apdrošinātājam vai izbeigt Līgumu, ja atklājas informācija, ka Apdrošinātais vai Apdrošinājuma ņēmējs apzināti ar ļaunu nolūku vai aiz rupjas neuzmanības sniedzis nepatiesas ziņas. Šajā gadījumā Apdrošinātājs ir tiesīgs neatmaksāt Apdrošinājuma ņēmēja samaksāto prēmiju un pieprasīt segt zaudējumus, kas tam ir radušies šādas rīcības rezultātā.

7.9. Apdrošinātājs ir tiesīgs sniegt un saņemt ziņas par Apdrošināto no tām trešajām personām, kurām Apdrošinātājs ar līgumu ir uzticējis sniegt pakalpojumus, kas ir nepieciešami Apdrošinātājam Līgumā noteikto pienākumu izpildei.

7.10. Apdrošinātājam ir pienākums nodrošināt Līgumiestāžu saraksta pieejamību tā mājas lapā: [www.compensalife.lv](http://www.compensalife.lv).

### **8. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA UN APDROŠINĀTĀ TIESĪBAS UN PIENĀKUMI**

8.1. Apdrošinājuma ņēmējam ir tiesības:

8.1.1. veikt izmaiņas Apdrošināto sarakstā, iesniedzot Apdrošinātājam noteiktas formas pieteikumu un samaksājot Apdrošināšanas prēmiju;

8.1.2. saņemt neizmantoto prēmiju, kas aprēķināta saskaņā ar Līgumu;

8.1.3. pieprasīt, lai Apdrošinātājs elektroniski sagatavotu dokumentu iesniedz arī papīra formā un parakstītu.

8.2. Apdrošinājuma ņēmēja pienākumi ir:

8.2.1. sniegt patiesu informāciju slēdzot Līgumu, kā arī rakstiski paziņot Apdrošinātājam par identifikācijas datu maiņu Apdrošināšanas periodā;

8.2.2. apmaksāt Apdrošināšanas prēmiju Polisē un rēķinā noteiktajā termiņā.

8.2.3. sniegt Apdrošinātājam precīzu un patiesu informāciju, kurai ir nozīme Apdrošinātā riska iestāšanās iespējamības novērtēšanā, un kas ir svarīga, slēdzot apdrošināšanas Līgumu;

8.2.4. paziņot Apdrošinātājam par citiem tam zināmiem spēkā esošiem apdrošināšanas līgumiem par Apdrošinātā veselības apdrošināšanu;

8.2.5. 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 Apdrošinātā neinformētības rezultātā;

8.2.6. nodot Apdrošinātam Apdrošināšanas programmu aprakstus, Noteikumus un Apdrošināšanas karti, ja to paredz izvēlēta Apdrošināšanas programma;

8.2.7. iesniegt Apdrošinātājam rakstveidā visas nepieciešamās izmaiņas Apdrošināto sarakstā desmit darba dienas pirms datuma, kurā stāsies spēkā Līgums;

8.2.8. nodot Apdrošinātājam Apdrošinātā Apdrošināšanas karti, ja attiecībā uz to Līguma darbība ir izbeigta vai izbeigtas darba tiesiskās attiecības starp Apdrošinājuma ņēmēju un Apdrošināto;

8.2.9. atmaksāt vai nodrošināt, ka Apdrošinātājam tiek atmaksāta naudas summa par Noteikumu 8.4.9. punktā noteiktiem gadījumiem.

8.2.10. atlīdzināt Apdrošinātājam visus ar Līgumu noslēgšanu saistītos izdevumus, kā arī nesamaksāto prēmiju, ja Līgums tiek izbeigts saskaņā ar Noteikumu 3.10. punktu.

8.2.11. nekavējoties informēt Apdrošinātās personas, ja Līgums tiek apturēts vai izbeigts.

8.3. Apdrošinātā tiesības ir:

8.3.1. saņemt Apdrošināšanas atlīdzību par pakalpojumiem, kas saņemti un apmaksāti iestādēs, kas nav Apdrošinātāja Līgumiestādēs, tādā apmērā un kārtībā, kā to paredz noslēgtais Līgums un Noteikumi;

8.3.2. prasīt Apdrošinātājam informāciju par Apdrošināšanas programmu, Noteikumiem, apdrošināšanas izmantošanu un Līgumiestādēm;

8.3.3. prasīt Apdrošinātājam pamatojumu par 8.4.9. punkta rēķinu.

8.4. Apdrošinātā pienākumi ir:

8.4.1. rūpēties par savas veselības saglabāšanu;

8.4.2. iepazīties ar savu Apdrošināšanas programmu un šiem apdrošināšanas Noteikumiem;

8.4.3. sekot, lai netiktu pārsniegti apdrošināšanas Limiti un Apdrošinājuma summas;

8.4.4. iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, ievērot ārstējošā ārsta norādījumus;

8.4.5. tiklīdz iespējams, bet ne vēlāk kā:

8.4.5.1. 90 (deviņdesmit) dienas pēc līguma darbības beigām, iesniegt Apdrošinātājam dokumentus saskaņā ar Noteikumu 5.1.2. punktu;

8.4.5.2. 30 (trīsdesmit) kalendāro dienu laikā iesniegt Apdrošinātājam dokumentu oriģinālus saskaņā ar Noteikumu 5.4. punktu;

8.4.6. nepieļaut iespēju citai personai izmantot savu Apdrošināšanas karti. Šāda rīcība tiek uzskatīta par nelikumīgu un krāpniecisku darbību;

8.4.7. nodot Apdrošināšanas karti, ja tās darbība ir izbeigta;

8.4.8. Apdrošināšanas kartes nozaudēšanas vai zādzības gadījumā par šo notikumu, nekavējoties, paziņot Apdrošinātājam;

8.4.9. 30 (trīsdesmit) dienu laikā no regresa rēķina saņemšanas atmaksāt Apdrošinātājam naudas summu, ko Apdrošinātājs Apdrošināšanas atlīdzībā ir izmaksājis Līgumiestādei/ Apdrošinātājam:

8.4.9.1. par Apdrošinātā saņemtu pakalpojumu pēc Apdrošinātā Apdrošināšanas kartes darbības apturēšanas/izbeigšanas vai Līguma darbības apturēšanas/izbeigšanas;

8.4.9.2. par Apdrošinātā saņemtu pakalpojumu, kas saskaņā ar šiem Noteikumiem vai Apdrošinātā Apdrošināšanas programmu netiek apmaksāts;

8.4.9.3. par Apdrošinātā pārsniegtu Apdrošinājuma summu vai Limitu;

8.4.9.4. par trešās personas saņemtu pakalpojumu, kas ir izmantojusi Apdrošinātā apdrošināšanas karti;

8.4.9.5. par pakalpojumiem, kuriem Apdrošinātais nevar uzrādīt dokumentu oriģinālus saskaņā ar Noteikumu 5.4. punktu.

## **9. STRĪDU IZŠĶIRŠANA**

9.1. Visi strīdi saistībā ar Līgumu tiek risināti sarunu ceļā. Ja vienošanās netiek panākta, strīdus izšķir Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā

*\*Īpašie noteikumi:*

*- Koriģēti Noteikumu 1.3., 5.2., 6.1.25., 6.1.26., 6.1.27. un 8.4.5.1. punkti saskaņā ar atklāta konkursa „Finanšu ministrijas, tās padotības iestāžu un fiskālās disciplīnas padomes nodarbināto personu veselības apdrošināšana” (identifikācijas Nr. FM2017/48 (C1) nolikuma prasībām.*

*- Noteikuma 6.1.17. punkts netiek piemērots apdrošinātiem apdrošinājumaņēmēja darbiniekiem un to apdrošinātiem radniekiem.*

## **IZMAIŅU VEIKŠANAS KĀRTĪBA**

### **1. Jaunu potenciālo apdrošināto pievienošana Līgumam.**

1.1. Līguma darbības laikā Apdrošinājumaņēmējam uzsākot jaunas darba tiesiskās attiecības ir tiesības apdrošināt attiecīgo darbinieku šādā kārtībā:

1.1.1. Līguma darbības laikā, Apdrošinājumaņēmējam iesniedzot rakstisku pieteikumu Apdrošinātājam, Apdrošināto sarakstā var iekļaut jaunus Apdrošinātos;

1.1.2. Apdrošināšanas prēmijas katram no jauna pievienotajam Apdrošinātājam tiek aprēķinātas pēc proporcionalitātes principa;

1.1.3. Ja Polise tiek iekļauts jauns Apdrošinātais, tad Apdrošināšanas prēmija tiek aprēķināta reizinot gada Apdrošināšanas prēmiju attiecīgajam Apdrošinātājam ar atlikušo apdrošināšanas mēnešu skaitu un dalot ar 12 (divpadsmit).

1.1.4. Par jaunu darbinieku pievienošanu apdrošināšanas līgumam Apdrošināšanas prēmija maksājama vienā maksājumā.

### **2. Apdrošināto izslēgšana no Līguma.**

2.1. Apdrošinājumaņēmējs izbeidzot darba tiesiskās attiecības ar Apdrošināto izbeidz Līgumu ar attiecīgo Apdrošināto šādā kārtībā:

2.1.1. Līguma darbības laikā, Apdrošinājumaņēmējam iesniedzot rakstisku pieteikumu Apdrošinātājam par Apdrošināto skaita samazināšanu un attiecīgā Apdrošinātā veselības apdrošināšanas karti, no Apdrošināto saraksta tiek izslēgti Apdrošinājumaņēmēja norādītie Apdrošinātie;

2.1.2. Neizmantoto Apdrošināšanas prēmiju aprēķina pēc proporcionalitātes principa;

2.1.3. Ja no Polises tiek izslēgts Apdrošinātais, tad neizmantotā Apdrošināšanas prēmija tiek aprēķināta reizinot gada Apdrošināšanas prēmiju attiecīgajam Apdrošinātājam ar neizmantoto apdrošināšanas mēnešu skaitu un dalot ar 12 (divpadsmit);

2.1.4. Līguma darbības laikā izslēgtā Apdrošinātā neizmantoto, bet apmaksāto Apdrošināšanas prēmijas daļu Apdrošinātājs pēc Apdrošinājumaņēmēja rakstiska iesnieguma vai nu pārskaita uz Apdrošinājumaņēmēja bankas norēķinu kontu, vai arī ieturot kā avansu turpmākajiem Apdrošināšanas prēmijas maksājumiem.

## **RADINIEKU APDROŠINĀŠANA UN PAPILDPROGRAMMU IEGĀDES KĀRTĪBA**

Pretendents (apdrošinātājs) nodrošina iespēju pasūtītāja darbiniekiem un to radniekiem (laulātiem, bērniem un vecākiem), bez vecuma ierobežojuma par saviem līdzekļiem iegādāties apdrošināšanas programmas šādā kārtībā:

- Papildprogrammas var iegādāties tikai kopā ar pamatprogrammu;
- Radniekam ir tiesības iegādāties apdrošināšanas programmu, ja arī tā radnieks (t.i. – attiecīgais pasūtītāja darbinieks) to iegādājas;
- Pasūtītāja darbinieku izvēlēto papildprogrammu un apdrošināmo radnieku izvēlēto apdrošināšanas programmu saraksts jāiesniedz Apdrošinātājam pirms apdrošināšanas līguma darbības sākuma vai 10 darba dienu laikā no pasūtītāja darbinieku polises spēkā stāšanās dienas;

- Sākot ar trīsdesmit pirmo kalendāro dienu no pasūtītāja darbinieku polises spēkā stāšanās dienas, papildprogrammu iegāde un radnieku apdrošināšana netiek piedāvāta;
- Radniekam vai darbiniekam izbeidzot apdrošināšanas līgumu, neizmantojot apdrošināšanas prēmiju par saviem līdzekļiem iegādātu apdrošināšanas programmu netiek aprēķināta un atmaksāta;
- Apdrošināšanas līguma darbības laikā pievienotiem pasūtītāja darbiniekiem papildprogrammu iegāde netiek piedāvāta;
- Attiecīgās programmas apdrošināšanas prēmijas maksājums jāveic vienā maksājumā saskaņā ar Apdrošinātāja rēķinu;
- Gadījumā, ja darbinieka papildprogramma un radniekiem apdrošināšanas programma tiek iegādāta uz nepilnu apdrošināšanas periodu (t.i. 11 mēnešiem), tad Pretendents piemēro apdrošināšanas prēmiju par pilnu apdrošināšanas periodu.
- Radnieku apdrošināšanas prēmijai attiecībā pret pasūtītāja darbiniekiem tiek piemērots prēmiju sadārdzinošs koeficients 1,2.

**APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS**

\_\_\_\_\_ / D. Kalsone/

**APDROŠINĀTĀJS**

\_\_\_\_\_ /V. Gustsons/