

LĪGUMS
par Valsts kontroles darbinieku veselības apdrošināšanu
(veselības apdrošināšanas līgums Nr.GJ201471)

Rīgā,

2017.gada 11.septembrī

“**InterRisk Vienna Insurance Group**” AAS reģ.nr.”40003387032, juridiskā adrese: Ūdens iela 10-115, Rīga, LV - 1007, no vienas puses, kuras vārdā saskaņā ar statūtiem rīkojas tās valdes priekšsēdētājs Eduards Reinicāns un valdes loceklis Nicolas Mucherl, (turpmāk tekstā – AAS) un **Latvijas Republikas Valsts kontrole**, reģ.Nr.90000031917, juridiskā adrese: Skanstes iela 50, Rīga, LV - 1013, valsts kontrolieres Elitas Krūmiņas personā, kura rīkojas saskaņā ar Valsts kontroles likumu, (turpmāk tekstā – Pasūtītājs) no otras puses, abi kopā saukti arī kā PUSES, bet atsevišķi kā PUSE, pamatojoties uz Pasūtītāja rīkotā iepirkuma “Valsts kontroles darbinieku veselības apdrošināšana” ar iepirkuma identifikācijas Nr. LRVK 2017/2 rezultātiem (iepirkums veikts Publisko iepirkumu likuma 9.pantā noteiktajā kārtībā) un AAS iesniegto piedāvājumu, noslēdz šādu līgumu (turpmāk – Līgums):

1. LĪGUMĀ LIETOTIE TERMINI

- 1.1. IEPIRKUMS – iepirkums “Valsts kontroles darbinieku veselības apdrošināšana” (iepirkuma identifikācijas Nr. LRVK 2017/2);
- 1.2. DARBINIEKI – Pasūtītāja nodarbinātās personas, kurām Pasūtītājs iegādājas veselības apdrošināšanu;
- 1.3. RADINIEKI - darbinieku radinieki – vecāki, laulātais, bērni, kas saskaņā ar iepirkuma Nolikumu un šī Līguma nosacījumiem iegādājas veselības apdrošināšanu;
- 1.4. POLISE – Pasūtītājam izsniegti dokumenti, kas apliecina līguma noslēgšanu starp pusēm. Polise ietver sevī apdrošināto darbinieku un radinieku skaitu, apdrošināšanas programmu, apdrošinājuma summas un prēmiju, kā arī darbības termiņu. Polises neatņemama sastāvdaļa ir tās pielikumi (darbinieku un radinieku saraksts (vārds, uzvārds, personas kods), Veselības apdrošināšanas noteikumi);
- 1.5. PIELIKUMI – jebkādas vienošanās par izmaiņām darbinieku un radinieku sarakstos, apdrošināšanas programmā, papildprogrammā vai Veselības apdrošināšanas noteikumos, ja tās parakstījušas puses;
- 1.6. KARTE – darbiniekam un radiniekam izsniegtā plastikāta karte kā apliecinājums, ka tajā minētās personas veselība ir apdrošināta saskaņā ar tādu AAS programmu, kuras saīsināts atšifrējums uzdrukāts uz kartes virsmas līdzās darbinieka vai radinieka personu raksturojošai informācijai. Karte apliecina darbinieka un radinieka tiesības saņemt ārstnieciskos pakalpojumus, kurus saskaņā ar programmu, noteikumiem un Līgumu apmaksā AAS;
- 1.7. PROGRAMMA - polisē un noteikumos noteiktais ārstniecisko pakalpojumu kopums;
- 1.8. PAPILDPROGRAMMA – iepirkuma ietvaros AAS piedāvātie papildus pakalpojumi, kuru iekļaušana kartē tiek veikta pēc darbinieku un radinieku individuāla pieprasījuma saskaņā ar iepirkuma Nolikuma un Līguma nosacījumiem;
- 1.9. PRĒMIJA – maksājums par polisi vai pielikumiem, ko saskaņā ar AAS rēķinā noteikto apmēru un apmaksas termiņiem veic Pasūtītājs. Prēmijas apjoms nosakāms saskaņā ar polisi vai pielikumu, apdrošināšanas pakalpojumu sniegšanas noteikumiem (programmas apraksta) un Līgumu;
- 1.10. ATLĪDZĪBU LIMITS – polisē noteiktā maksimālā vienam darbiniekam vai radiniekam izmaksājamo atlīdzību kopsumma;

- 1.11. ATLĪDZĪBA – ar darbinieku un radinieku veselības aprūpi saistīto izdevumu apmaksu, ko AAS veic pamatojoties uz līgumiestāžu piestādītajiem rēķiniem par darbiniekiem un radiniekiem sniegtajiem pakalpojumiem, ja tie sniegti un saņemti saskaņā ar polisi, apdrošināšanas pakalpojumu sniegšanas noteikumiem (programmas aprakstu) un šo Līgumu. Gadījumos, kad minētie pakalpojumi saņemti ārpus līgumiestāžu loka, un, ja atlīdzība par tiem paredzēta polisē un Veselības apdrošināšanas noteikumos un/vai apdrošināšanas pakalpojumu sniegšanas noteikumos (programmas aprakstā), AAS kompensē radušos izdevumus, pamatojoties uz darbinieku un radinieku iesniegtajiem atlīdzības pieteikumiem (atlīdzības pieteikuma paraugs Līguma 1.pielikums) un tiem pievienoto maksājumu apliecinošo dokumentāciju;
- 1.12. PERIODS – polises vai kartes darbības termiņš, kura ietvaros radušās un ar veselības aprūpi saistītās darbinieku un radinieku izmaksas sedz AAS, izmaksājot atlīdzības;
- 1.13. LĪGUMIESTĀDES – dažāda profila un juridisko formu ārstniecības, veselības veicināšanas iestādes un aptiekas, kurām ar AAS noslēgti sadarbības Līgumi. Šajās iestādēs karte tās īpašiekam dod tiesības izmantot iestādes piedāvātos pakalpojumus vai iegādāties preces saskaņā ar polisi un Veselības apdrošināšanas noteikumiem un/vai apdrošināšanas pakalpojumu sniegšanas noteikumiem (programmas aprakstu), izmantojot karti kā maksāšanas līdzekli.

2. LĪGUMA PRIEKŠMETS, LĪGUMA UN POLISES DARBĪBAS LAIKS

- 2.1. Pasūtītājs iegādājas un AAS, pamatojoties uz 2017.gada 4.jūlijā iepirkumam iesniegto piedāvājumu, nodrošina veselības apdrošināšanas pakalpojumus darbiniekiem un radiniekiem saskaņā ar šo Līgumu.
- 2.2. Līgums stājas spēkā līdz ar tā parakstīšanu un ir noslēgts uz polises darbības termiņu, izņemot gadījumus, kas noteikti Līguma 9. punktā.
- 2.3. Pēc Līguma noslēgšanas PUSES paraksta polisi, kas stājas spēkā ar tajā noteikto sākuma datumu un ir spēkā 1 (vienu) kalendāro gadu.

3. ATLĪDZĪBU LIMITS, PRĒMIJA UN TĀS SAMAKSAS KĀRTĪBA

- 3.1. Veselības apdrošināšanas kopējā gada prēmijas summa par darbinieku veselības apdrošināšanu pilnam apdrošināšanas periodam par veselības AAS programmu "LUKSUS PLUSS" uz Līguma noslēgšanas brīdi, ko Pasūtītājs maksā AAS saskaņā ar AAS izsniegto rēķinu, ir 37488,00 EUR (trīsdesmit septiņi tūkstoši četri simti astoņdesmit astoņi euro, 00 centi) par 176 (viens simts septiņdesmit sešu) darbinieku apdrošināšanu.
- 3.2. Prognozētā kopējā gada prēmijas summa, ievērojot Pasūtītāja darbinieku skaita svārstības apdrošināšanas periodā par veselības AAS programmu "LUKSUS PLUSS" Līguma darbības laikā, nepārsniedz 41535,00 00 EUR (četrdesmit viens tūkstotis pieci simti trīsdesmit pieci euro, 00 centi).
- 3.3. Ja darbinieka kartē ietvertā programma tiek paplašināta ar darbinieka izvēlētajām papildprogrammām, AAS sagatavo un iesniedz Pasūtītājam atsevišķu rēķinu par papildprogrammu prēmiju darbiniekiem.
- 3.4. Ja šā Līguma ietvaros tiek apdrošināti darbinieku radinieki, AAS sagatavo un iesniedz Pasūtītājam atsevišķu rēķinu par programmas (tajā skaitā darbinieka radinieka izvēlētās papildprogrammas) prēmiju darbinieku radiniekiem.
- 3.5. Atlīdzību limits vienam darbiniekam un radiniekam, kas apdrošināts saskaņā ar veselības AAS programmu "LUKSUS PLUSS", ir 20000,00 EUR (divdesmit tūkstoši euro, 00 centi).

- 3.6. Atlīdzību limits tiek palielināts gadījumos, kad kartē ietvertā programma tiek paplašināta ar papildprogrammām. Šīs izmaiņas tiek atspoguļotas arī Līguma pielikumos. Atlīdzību limiti papildprogrammām nosakāmi saskaņā ar iepirkuma ietvaros iesniegto AAS piedāvājumu.
- 3.7. Prēmija par vienu darbinieku pilnam apdrošināšanas periodam saskaņā ar veselības AAS programmas "LUKSUS PLUSS" polisi, ir 213,00 EUR (divi simti trīspadsmit euro, 00 centi).
- 3.8. Prēmija par vienu radinieku pilnam apdrošināšanas periodam saskaņā ar veselības AAS programmu "LUKSUS PLUSS", ir 234,30 EUR (divi simti trīsdesmit četri euro, 30 centi).
- 3.9. Prēmija tiek paaugstināta, ja kartē tiek iekļautas papildprogrammas un prēmijas pieauguma apmērs nosakāms saskaņā ar iepirkuma ietvaros iesniegto AAS piedāvājumu.
- 3.10. Veselības apdrošināšanas gada prēmiju, saskaņā ar polisi un tajā noteikto maksājumu grafiku Pasūtītājs pārskaita uz AAS norādīto bankas norēķinu kontu 10 (desmit) kalendāro dienu laikā pēc AAS rēķina saņemšanas.
- 3.11. Prēmiju par darbinieka izvēlētajām papildprogrammām saskaņā ar Līgumā noteikto kārtību Pasūtītājs pārskaita uz AAS norādīto bankas norēķinu kontu 10 (desmit) kalendāro dienu laikā pēc 3.3.punktā minētā AAS rēķina saņemšanas.
- 3.12. Prēmiju par darbinieku radinieku veselības apdrošināšanu, tajā skaitā arī darbinieku radinieku izvēlētajām papildprogrammām, saskaņā ar Līgumā noteikto kārtību Pasūtītājs pārskaita uz AAS norādīto bankas norēķinu kontu 10 (desmit) kalendāro dienu laikā pēc 3.4.punktā minētā AAS rēķina saņemšanas.

4. DATU AIZSARDZĪBA

- 4.1. Pasūtītājs un AAS apņemas ievērot personu datu aizsardzību regulējošo tiesību aktu prasības.
- 4.2. Parakstot Līgumu, Pasūtītājs atļauj AAS kā datu apstrādes sistēmas pārzinim, rīkoties ar sensitīviem darbinieku un radinieku personas datiem un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodiem un izmantot tos Līgumā minēto pakalpojumu sniegšanai un saistību izpildei – risku kotēšanai, polises un karšu administrēšanai un atlīdzības regulēšanai saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu un citiem LR normatīvajiem aktiem.

5. ĪPAŠI NOSACĪJUMI PASŪTĪTĀJA DARBINIEKU UN RADINIEKU APDROŠINĀŠANAI

- 5.1. Pasūtītājs 30 (trīsdesmit) kalendāro dienu laikā pēc Līguma noslēgšanas iesniedz AAS rakstiskus paziņojumus par apdrošināmajiem radiniekiem.
- 5.2. Pasūtītājs 15 (piecpadsmit) kalendāro dienu laikā pēc Līguma noslēgšanas iesniedz AAS rakstiskus paziņojumus par darbinieku izvēlētajām papildprogrammām.

6. PIELIKUMI UN PRĒMIJAS

- 6.1. Gadījumā, ja ar darbinieku tiek izbeigtas darba tiesiskās attiecības, Pasūtītājs par to pēc saviem ieskatiem rakstiski paziņo AAS. Pamatojoties uz šiem paziņojumiem, AAS sagatavo papildu vienošanos pie polises (pielikumu), kurā neizmantotās (atlikušās) prēmijas daļas aprēķins tiek veikts, ņemot vērā Pasūtītāja iesniegtā paziņojuma datumu.
- 6.2. Neizmantotās (atlikušās) prēmijas aprēķins tiek veikts ne vēlāk kā 30 (trīsdesmit) kalendāro dienu laikā, skaitot no dienas, kad karte atgriezta AAS. Neizmantoto (atlikušo) prēmiju par pirmstermiņa izbeigtajām kartēm AAS pēc Pasūtītāja ieskatiem vai nu pārskaita uz Pasūtītāja bankas norēķinu kontu, vai arī ietur kā avansu turpmākiem prēmiju maksājumiem.

- 6.3. Gadījumā, ja polises darbības laikā Pasūtītājam nepieciešama jaunpieņemta darbinieka veselības apdrošināšana, tas iesniedz AAS rakstisku paziņojumu, norādot jaunā darbinieka un viņa radinieka vārdu, uzvārdu, personas kodu un vēlamo kartes sākuma datumu. AAS iespējami īsā laikā sagatavo papildu vienošanās pie polises, rēķinu un karti, ko nogādā Pasūtītājam.
- 6.4. Jaunpieņemtie darbinieki tiek apdrošināti uz tādiem pašiem nosacījumiem, kādi paredzēti polisē, apdrošināšanas pakalpojumu sniegšanas noteikumos (programmas aprakstā) un Līgumā līdz polises perioda beigām, prēmiju aprēķinot saskaņā ar iepirkumam iesniegto AAS piedāvājumu.

7. PUŠU TIESĪBAS UN PIENĀKUMI

- 7.1. Lai nodrošinātu līguma izpildi, Pasūtītājs apņemas:
 - 7.1.1. iesniegt AAS polises sagatavošanai nepieciešamo informāciju par darbiniekiem un radiniekiem elektroniskā veidā, norādot: vārdu, uzvārdu, personas kodu, kā arī to izvēlētās papildprogrammas;
 - 7.1.2. ievērot polises, Veselības apdrošināšanas noteikumus un Līguma nosacījumus, kā arī iepazīstināt ar tiem darbiniekus un radiniekus;
 - 7.1.3. darbiniekiem un radiniekiem izsniegt tiem paredzētās kartes un citus AAS sagatavotos materiālus, kas papildina karti un paredzēti individuālai lietošanai (piemēram, ūdens programmas apraksts, līgumiestāžu saraksts un AAS kontaktinformācija) pēc to saņemšanas no AAS, saskaņā ar Līguma 7.2.1. punkta prasībām;
- 7.2. Lai nodrošinātu Līguma izpildi, AAS apņemas:
 - 7.2.1. pēc Līguma noslēgšanas izsniegt Pasūtītājam polisi un darbinieku un radinieku kartes, kā arī citus AAS sagatavotos materiālus, kas papildina karti un paredzēti individuālai lietošanai (piemēram, ūdens programmas apraksts, līgumiestāžu saraksts un AAS kontaktinformācija) ne vēlāk kā 5 (piecu) darba dienu laikā, skaitot no brīža, kad Pasūtītājs izpildījis Līguma punktā 7.1.1.punktā minētās darbības;
 - 7.2.2. darbiniekiem un radiniekiem izmaksāt atlīdzību Līgumā minētajos gadījumos un apmērā, ievērojot noteikto kārtību un termiņus;
 - 7.2.3. gadījumos, kad darbinieki un radinieki ir saņēmuši pakalpojumus vai preces to kartēs iekļauto programmu un papildprogrammu ietvaros un par šiem pakalpojumiem vai precēm norēķinājušies no personīgajiem līdzekļiem, veikt atlīdzības izmaksu ne vēlāk kā 15 (piecpadsmit) kalendāro dienu laikā pēc visu polisē un apdrošināšanas pakalpojumu sniegšanas noteikumos (programmas aprakstā) uzskaitīto dokumentu saņemšanas visā līguma darbības termiņā un 30 dienas pēc Līguma termiņa beigām;
 - 7.2.4. ne retāk kā reizi 6 (sešos) mēnešos rakstiski informēt Pasūtītāju par izmaiņām, grozījumiem vai papildinājumiem AAS līgumiestāžu sarakstā;
 - 7.2.5. nepasliktināt Pasūtītājam izsniegtās polises un Veselības apdrošināšanas noteikumus, kā arī noslēgtā Līguma nosacījumus to darbības laikā, kā arī jebkādā citā veidā neapgrūtināt Pasūtītāja darbinieku un radinieku iespējas saņemt tiem paredzētos AAS veselības apdrošināšanas pakalpojumus vai iegādāties programmā paredzētās preces;
 - 7.2.6. pēc darbinieka vai radinieka rakstiska līguma iespējami īsā laikā sniegt izsmeļošas atbildes uz dažādiem ar Līguma priekšmetu saistītiem jautājumiem, kā arī sniegt ziņas par iztērētajiem vai atlikušajiem individuālajiem atlīdzību limitiem, iesniegto čeku statusu apstrādes procesā, veikto atlīdzību izmaksu datumiem, utml.,;
 - 7.2.7. pēc Pasūtītāja darbinieka pieprasījuma ne retāk kā reizi gadā sagatavot darbinieka iesniegto un daļēji apmaksāto čeku kopiju un izziņas sagatavošanu, kas nepieciešama iesniegšanai Valsts ieņēmumu dienestā, lai saņemtu Iedzīvotāja ienākuma nodokļa pārmaksas atmaksu;

7.2.8. pēc Pasūtītāja rakstiska lūguma 15 (piecpadsmit) kalendāro dienu laikā sagatavot pārskatu par Pasūtītāja izmaksu statistiku konkrētam laika periodam, norādot gan kopējo izmaksu apmēru, gan izmaksas pa posteņiem (ambulatorā palīdzība, stacionārā palīdzība utml.).

8. ATLĪDZĪBU IZMAKSA

- 8.1. Pasūtītāja darbinieki un radinieki programmas ietvaros ir tiesīgi saņemt kartē ietvertos pakalpojumus arī iestādēs, kas nav AAS līgumiestādes.
- 8.2. Lai saņemtu atlīdzību Līguma 8.1. punktā minētajos gadījumos darbinieki un radinieki iesniedz AAS atbilstoši visām polisē, noteikumos un Līgumā minētajām prasībām noformētu kases čeku un/vai stingrās uzskaites kvīti un pilnībā aizpildītu atlīdzības pieteikuma formu, kā arī nepieciešamības gadījumā apdrošināšanas gadījuma iestāšanos apliecinušu medicīniska dokumenta oriģinālu vai kopiju.
- 8.3. Līguma 8.2. punktā minētā atlīdzība tiek aprēķināta saskaņā ar polisi un apdrošināšanas pakalpojumu sniegšanas noteikumiem (programmas aprakstu), un AAS to pārskaita uz atlīdzības pieteikuma formā norādīto darbinieka vai radinieka bankas norēķinu kontu. Atsevišķos gadījumos, ja tas norādīts atlīdzības pieteikuma formā, atlīdzība var tikt saņemta skaidrā naudā, AAS centrālajā birojā, darbiniekam vai radiniekam uzrādot personu apliecinušu dokumentu.

9. LĪGUMA IZBEIGŠANA

- 9.1. Katrai pusei ir tiesības vienpusēji lauzt Līgumu, ja otra PUSE nepilda savas saistības, rakstiski un motivēti brīdinot par to 30 (trīsdesmit) kalendārās dienas iepriekš.
- 9.2. PUSES var izbeigt Līgumu jebkurā laikā, par to rakstveidā vienojoties.
- 9.3. Pirms termiņa pārtraucot Līgumu un polisi, savu spēku zaudē arī visas saskaņā ar šo Līgumu izsniegtās polises un kartes. Šādos gadījumos Pasūtītājam iespējami īsā laikā, taču ne vēlāk kā 5 (piecu) darba dienu laikā no Līguma un polises laušanas brīža jāatgriež AAS visu nodarbināto un radinieku kartes.

10. NEPĀRVARAMA VARA

- 10.1. Par nepārvaramas varas apstākļiem tiek uzskatīti tādi apstākļi un notikumi kā dabas katastrofas un ūdens plūdi, zemestrīce un citas stihiskās nelaimes, kā arī citi gadījumi, kas no Pusēm neatkarīgu apstākļu dēļ kavē vai traucē Līguma saistību izpildi (turpmāk tekstā – nepārvaramas varas apstākļi).
- 10.2. Ja kādai no PUSĒM tās saistību pilnīga vai daļēja izpildīšana ir kļuvusi neiespējama nepārvaramas varas apstākļu dēļ, attiecīgo saistību izpildes termiņš tiek apturēts uz laiku, kamēr turpinās šie apstākļi.
- 10.3. PUSETI, kuras saistību izpildi pilnībā vai daļēji ierobežo iestājušies nepārvaramas varas apstākļi, nekavējoties (3 (trīs) darba dienu laikā) rakstiski jāinformē otru pusi par šādu apstākļu iestāšanos vai izbeigšanos.
- 10.4. Par zaudējumiem un kavējumiem, kas radušies nepārvaramas varas apstākļu dēļ, neviena no PUSĒM atbildību nenes.

11. DOMSTARĪBAS

- 11.1. Visas domstarības, kas PUSĒM radušās šī Līguma ietvaros, tās apņemas risināt sarunu ceļā.

11.2. Ja 30 (trīsdesmit) kalendāra dienu laikā domstarpības nav iespējams atrisināt sarunu ceļā, tās tiks risinātas saskaņā ar spēkā esošajiem Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem, iesniedzot prasības pieteikumu tiesā.

11.3. Visos jautājumos, kas nav atrunāti šajā līgumā, putas pamatojas uz Latvijas Republikas spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem.

12. NOBEIGUMA NOTEIKUMI

- 12.1. Ja rodas pretrunas starp polisi, noteikumiem un Līgumu, tajā skaitā Pasūtītāja Tehniskās specifikācijas prasībām un AAS iesniegto tehnisko piedāvājumu, tad noteicošās ir Pasūtītāja Tehniskās specifikācijas prasības un tām atbilstošs AAS iesniegtais tehniskais piedāvājums. Pretendenta polise un veselības apdrošināšanas noteikumi ir spēkā tiktāl, cik tie nav pretrunā ar Tehniskās specifikācijas prasībām.
- 12.2. Jebkuri Līguma nebūtiski grozījumi un papildinājumi iegūst spēku tikai tad, ja tie noformēti rakstveidā un tos parakstījušas abas putas.
- 12.3. Līgums sastādīts latviešu valodā uz 6 (sešām) lapām 2 (divos) eksemplāros, kuriem ir vienāds juridisks spēks un no kuriem viens ir AAS, bet otrs Pasūtītājam.
- 12.4. Līgumam tā noslēgšanas brīdī tiek pievienoti šādi pielikumi, kas ir neatņemamas tā sastāvdaļas:
- 12.4.1. 1.pielikums – Tehniskā specifikācija;
 - 12.4.2. 2.pielikums – Veselības apdrošināšanas programmas apraksts;
 - 12.4.3. 3.pielikums – Neapmaksājamo pakalpojumu saraksts;
 - 12.4.4. 4.pielikums – Maksas pakalpojumu cenrādis;
 - 12.4.5. 5.pielikums – Veselības apdrošināšanas atlīdzības saņemšanas kārtība;
 - 12.4.6. 6.pielikums – Apdrošināto personu skaita izmaiņas;
 - 12.4.7. 7.pielikums – Apliecinājums par tehniskā piedāvājuma prioritāti;
 - 12.4.8. 8.pielikums – Finanšu piedāvājums;
 - 12.4.9. 9.pielikums – Veselības apdrošināšanas noteikumi Nr.JP 06/17.

13. PUŠU REKVIZĪTI, LĪGUMA NOSLĒGŠANAS DATUMS UN PĀRSTĀVJU PARAKSTI

Latvijas Republikas Valsts kontrole

Reģ. Nr. 90000031917

Skanstes iela 50, Rīga, LV-1013

Valsts kase

Konts: LV30TREL2240560006000

BIC kods: TRELLV22

Kontaktpersona: Personāla daļas vadītāja Ilze

Valdovska; 67017528;

Ilze.Valdovska@lrvk.gov.lv



Valsts kontrolieri Elita Krūmiņa

2017.gada 11. septembrī

N. Valdovska
08.09.17.
(s. atbildēt)

“InterRisk Vienna Insurance Group”

AAS

Vienotais reģistrācijas Nr. 40003387032

Adrese: Ūdens iela 12-115, Rīga, LV-1007

AS SEB banka

Konta Nr. LV67UNLA0001700469739

Banka, kods: UNLALV2X

Kontaktpersona: Veselības apdrošināšanas

nodaļas vadītāja Irina Mišina; 67807444;

Irina.Misina@interrisk.lv

Valdes priekssēdētājs Eduards Reinicāns

Valdes loceklis Nicōlās Mucherl

2017.gada 11. septembrī

J. Bīte
08.09.2017.

Pielikums Nr.1
 pie 2017.gada 11.septembra
 veselības apdrošināšanas līguma Nr.GJ201471
 (veselības apdrošināšanas polise Nr.GJ201471)

TEHNISKĀ SPECIFIKĀCIJA

Tehniskajā specifikācijā noteiktās prasības ir obligātas visiem Pretendentiem, kas iesniedz pieteikumu dalībai iepirkumā.

Pretendentam piedāvājumā jāapstiprina Pasūtītāja prasība (katras atsevišķi) iekļaušana piedāvājumā un jāgarantē to izpilde.

Nr.	Minimālo prasību apraksts	Pretendenta piedāvājums	
		Vispārējās prasības:	
1.1.	Apdrošināšanas prēmija par pamatprogrammā iekļautajiem pakalpojumiem vienam Pasūtītāja darbiniekam nedrīkst pārsniegt 213,43 (divi simti trīspadsmit euro un 43 centi) EUR vienam apdrošinātajam, nenosakot ierobežojumus atsevišķu medicīnas iestāžu apmeklējumiem, to skaitam nedēļā, mēnesī, gadā un vienam saslimšanas gadījumam	Apdrošināšanas prēmija par pamatprogrammā iekļautajiem pakalpojumiem vienam Pasūtītāja darbiniekam 213,00 (divi simti trīspadsmit euro un 00 centi) EUR vienam apdrošinātajam un netiek noteikts ierobežojums atsevišķu medicīnas iestāžu apmeklējumiem, to skaitam nedēļā, mēnesī, gadā un vienam saslimšanas gadījumam	
1.2.	Visiem apdrošināšanas segumā ietvertajiem veselības apdrošināšanas pakalpojumiem (t.sk. gadījumos, ja apdrošināšanas segums nav spēkā pilnu apdrošināšanas periodu un/vai ārstēšanās nepieciešamība ir noteikta pirms apdrošināšanas darbības spēkā stāšanās) jābūt pieejamiem pilnā apmērā, sākot ar pirmo polises darbības dienu un visā tās darbības laikā.	Visi apdrošināšanas segumā ietvertie veselības apdrošināšanas pakalpojumi (t.sk. gadījumos, ja apdrošināšanas segums nav spēkā pilnu apdrošināšanas periodu un/vai ārstēšanās nepieciešamība ir noteikta pirms apdrošināšanas darbības spēkā stāšanās) tiek pieejamie pilnā apmērā, sākot ar pirmo polises darbības dienu un visā tās darbības laikā.	
1.3.	Līguma darbības periods ir 12 mēneši no 2017.gada 1.oktobra.	Līguma darbības periods ir 12 mēneši no 2017.gada 1.oktobra.	
1.4.	Piedāvājumā iekļautajiem veselības apdrošināšanas pakalpojumiem jābūt pieejamiem visās LR Ārstniecības iestāžu reģistrā reģistrētajās ārstniecības iestādēs un ārstu praksēs, kas sniedz Pasūtītāja prasībās noteiktos veselības apdrošināšanas pakalpojumus.	Piedāvājumā iekļautie veselības apdrošināšanas pakalpojumi ir pieejami visās LR Ārstniecības iestāžu reģistrā reģistrētajās ārstniecības iestādēs un ārstu praksēs, kas sniedz Pasūtītāja prasībās noteiktos veselības apdrošināšanas pakalpojumus.	
1.5.	Pretendentam jānodrošina iespēja veikt izmaiņas apdrošināto personu sarakstā ne retāk kā reizi mēnesī visā apdrošināšanas perioda laikā, tajā skaitās gan iekļaujot, gan izslēdzot apdrošinātās personas no saraksta. Gadījumā, ja ar darbinieku tiek izbeigtas darba tiesiskās attiecības, Pasūtītājs par to pēc saviem ieskatiem rakstiski paziņo Pretendentam (apdrošinātājam). Pamatojoties uz šiem paziņojumiem, Pretendentam (apdrošinātājam) jāsagatavo polises pielikums, kurā neizmantotās (atlikušās) prēmijas daļas aprēķins tiek veikts, ņemot vērā Pasūtītāja iesniegtā paziņojuma datumu. Izslēdzot personas no apdrošināšanas polises, Pretendentam jānodrošina aprēķinātās neizmantotās (atlikušās) prēmijas daļas atmaksāšana Pasūtītājam vai tās ieturēšana kā avanss turpmākajiem prēmiju maksājumiem. Tehniskā piedāvājuma p.2.6..	Tiek nodrošina iespēja veikt izmaiņas apdrošināto personu sarakstā ne retāk kā reizi mēnesī visā apdrošināšanas perioda laikā, tajā skaitās gan iekļaujot, gan izslēdzot apdrošinātās personas no saraksta. Gadījumā, ja ar darbinieku tiek izbeigtas darba tiesiskās attiecības, Pasūtītājs par to pēc saviem ieskatiem rakstiski paziņo Pretendentam (apdrošinātājam). Pamatojoties uz šiem paziņojumiem, Pretendents (apdrošinātājs) sagatavo polises pielikums, kurā neizmantotās (atlikušās) prēmijas daļas aprēķinātās neizmantotās (atlikušās) prēmijas daļas atmaksāšana Pasūtītājam vai tās ieturēšana kā avanss turpmākajiem prēmiju maksājumiem. Tehniskā piedāvājuma p.2.6..	
1.6.	Pretendentam piedāvājumā jānorāda polišu, kuru darbības laiks ir mazāks par vienu gadu, izmaksas aprēķināšanas formula.	Pretendents piedāvājumā norāda polišu, kuru darbības laiks ir mazāks par vienu gadu, izmaksas aprēķināšanas formula. Tehniskā piedāvājuma p.2.6..	
1.7.	Pretendentam jāparedz piedāvājumā iekļautos veselības apdrošināšanas nosacījumus attiecīt arī uz Pasūtītāja darbinieku radiniekiem, t.i., vecākiem, laulāto un bērniem, bez vecuma un skaita ierobežojuma . Darbinieku radinieku apdrošināšanā	Pretendents paredz piedāvājumā iekļautos veselības apdrošināšanas nosacījumus attiecīt arī uz Pasūtītāja darbinieku radiniekiem, t.i., vecākiem, laulāto un bērniem, bez vecuma un skaita ierobežojuma . Darbinieku radinieku apdrošināšanā var tikt piemērots prēmijas sadārdzinājuma	

	var tikt piemērots prēmijas sadārdzinājuma koeficients, bet ne vairāk kā 1,10.	koeficients, bet ne vairāk kā 1,10. Tehniskā piedāvājuma p.2.6..
	Pretendentam ir jānodrošina pakalpojumu saņemšana visās Pretendenta līguma iestādēs, uzrādot veselības apdrošināšanas karti un neveicot skaidras naudas norēķinus (t.sk. nenosakot termiņa un/vai reižu ierobežojumus pakalpojumu saņemšanai līguma iestādēs bezskaidras naudas norēķinu veidā).	Pretendents nodrošina pakalpojumu saņemšana visās Pretendenta līguma iestādēs, uzrādot veselības apdrošināšanas karti un neveicot skaidras naudas norēķinus (t.sk nenosakot termiņa un/vai reižu ierobežojumus pakalpojumu saņemšanai līguma iestādēs bezskaidras naudas norēķinu veidā).
9.	Pretendentam pasūtītāja apdrošinātajiem darbiniekiem ir jānodrošina iespēja elektroniski iesniegt maksājumus apliecinošos dokumentus atlīdzības saņemšanai (turpmāk – atlīdzības pieteikumi) par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas saņemti gan nelīguma iestādēs, gan līguma iestādēs gadījumā, ja apdrošinātajam darbiniekam par saņemto veselības aprūpes pakalpojumu nav bijusi iespēja norēķināties ar veselības apdrošināšanas karti. Pretendentam ir jānodrošina arī atlīdzības pieteikumu iesniegšanas iespēja visās pretendenta filiālēs, ja kādam no pasūtītāja apdrošinātajiem darbiniekiem nav iespējams to veikt elektroniski.	Pretendents pasūtītāja apdrošinātajiem darbiniekiem nodrošina iespēju elektroniski iesniegt maksājumus apliecinošos dokumentus atlīdzības saņemšanai (turpmāk – atlīdzības pieteikumi) par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas saņemti gan nelīguma iestādēs, gan līguma iestādēs gadījumā, ja apdrošinātajam darbiniekam par saņemto veselības aprūpes pakalpojumu nav bijusi iespēja norēķināties ar veselības apdrošināšanas karti. Pretendents nodrošina arī atlīdzības pieteikumu iesniegšanas iespēja visās pretendenta filiālēs, ja kādam no pasūtītāja apdrošinātajiem darbiniekiem nav iespējams to veikt elektroniski. Tehniskā piedāvājuma p.2.5..
1.10.	Nelīgumiestādēs pakalpojumu apmaksas (atlīdzība) tiek nodrošināta ne mazākā apmērā kā līgumiestādēs noteiktā apdrošinājuma summa. Ja apdrošinātā persona (Darbinieks) līgumiestādē ir norēķinājies no saviem personīgajiem līdzekļiem, pakalpojumu apmaksas (atlīdzība) tiek nodrošināta ne mazākā apmērā kā līgumā noteiktā apdrošinājuma summa. Tehniskā piedāvājuma p.2.5..	Nelīgumiestādēs pakalpojumu apmaksas (atlīdzība) tiek nodrošināta ne mazākā apmērā kā līgumiestādēs noteiktā apdrošinājuma summa. Ja apdrošinātā persona (Darbinieks) līgumiestādē ir norēķinājies no saviem personīgajiem līdzekļiem, pakalpojumu apmaksas (atlīdzība) tiek nodrošināta ne mazākā apmērā kā līgumā noteiktā apdrošinājuma summa. Tehniskā piedāvājuma p.2.5..
1.11.	Pretendentam jānodrošina reizi mēnesī Pasūtītāja telpās konsultāciju sniegšana darbiniekiem par apdrošināšanas nosacījumiem t.sk., pieņemt čekus, kvītis par darbinieku veiktajiem maksājumiem par saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.	Pretendents nodrošina reizi mēnesī Pasūtītāja telpās konsultāciju sniegšanu darbiniekiem par apdrošināšanas nosacījumiem t.sk., pieņemt čekus, kvītis par darbinieku veiktajiem maksājumiem par saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.
1.12.	Pretendentam jānodrošina čeku apmaksas ne vēlāk kā 15 (piecpadsmit) dienu laikā no visu nepieciešamo dokumentu iesniegšanas brīža, izmaksājot apdrošināšanas atlīdzību skaidrā naudā vai pārskaitot naudu uz norādīto apdrošinātās personas bankas kontu.	Pretendents nodrošina čeku apmaksu ne vēlāk kā 5 (piecu) darba dienu laikā no visu nepieciešamo dokumentu iesniegšanas brīža, izmaksājot apdrošināšanas atlīdzību skaidrā naudā vai pārskaitot naudu uz norādīto apdrošinātās personas bankas kontu. Tehniskā piedāvājuma p.2.5..

2.	Pamatprogramma. Apdrošinājuma summa ne mazāk kā 2135 euro.	Pamatprogramma „LUKSUS PLUSS” (Tehniskā piedāvājuma p.2.2..) Apdrošinājuma summa ne mazāk kā 20000 euro.
2.1.	Ambulatorie maksas pakalpojumi. Apdrošinājuma summa ne mazāk kā 1425 euro, nenosakot apdrošinājuma summas ierobežojumus atsevišķi katram ambulatorā maksas pakalpojuma veidam un apmeklējumu/izmeklējumu reižu skaitam noteiktā termiņā (piemēram, divi vai vairāki pakalpojumi tiek saņemti pie viena pakalpojuma sniedzēja vienas dienas laikā) un vienas saslimšanas gadījumam.	Ambulatorie maksas pakalpojumi. Apdrošinājuma summa ne mazāk kā 19000 euro, nenosakot apdrošinājuma summas ierobežojumus atsevišķi katram ambulatorā maksas pakalpojuma veidam un apmeklējumu/izmeklējumu reižu skaitam noteiktā termiņā (piemēram, divi vai vairāki pakalpojumi tiek saņemti pie viena pakalpojuma sniedzēja vienas dienas laikā) un vienas saslimšanas gadījumam.
2.1.1.	pacienta iemaksas ambulatorai diagnostikai un ārstēšanai 100% apmērā;	pacienta iemaksas ambulatorai diagnostikai un ārstēšanai 100% apmērā;
2.1.2.	ģimenes ārstu ambulatora apmeklēšana ne mazāk kā 30 (trīsdesmit) euro par apmeklējumu, neierobežojot apmeklējumu skaitu;	ģimenes ārstu ambulatora apmeklēšana līgumiestādēs 100% apmērā, nelīgumiestādēs saskaņā ar maksas centrāžu izcenojumiem (tehniskā piedāvājums p.2.4.), neierobežojot apmeklējumu skaitu;

	ārstu speciālistu (t.sk. profesoru, medicīnas doktoru, nodalju vadītāju utml.) ambulatora apmeklēšana ne mazāk kā 35 (trīsdesmit pieci) euro par apmeklējumu, neierobežojot apmeklējumu skaitu;	ārstu speciālistu (t.sk. profesoru, medicīnas doktoru, nodalju vadītāju utml.) ambulatora apmeklēšana līgumiestādēs 100% apmērā, nelīgumiestādēs saskaņā ar maksas cenrāžu izcenojumiem (tehniskā piedāvājums p.2.4.), neierobežojot apmeklējumu skaitu;
4.	ģimenes ārstu mājas vizītes ne mazāk kā 25 (divdesmit pieci) euro par vizīti, neierobežojot vizīšu skaitu;	ģimenes ārstu mājas vizītes līgumiestādēs 100% apmērā, nelīgumiestādēs saskaņā ar maksas cenrāžu izcenojumiem (tehniskā piedāvājums p.2.4.), neierobežojot vizīšu skaitu;
.5.	diagnostiskie izmeklējumi, tai skaitā dažādi ultraskāņas izmeklējumi kā krūšu, vēdera, mazā iegurņa orgānu, vairogdziedzera u.c, rentgena un citi tamlīdzīgi izmeklējumi, ne mazāk kā 35 (trīsdesmit pieci) euro par katru izmeklējumu, - ar ārsta nosūtījumu, neierobežojot izmeklējumu skaitu un neierobežojot apmaksājamo izmeklējumu klāstu tikai ar Pretendenta nosauktajiem izmeklējumiem	diagnostiskie izmeklējumi (D2), tai skaitā dažādi ultraskāņas izmeklējumi kā krūšu, vēdera, mazā iegurņa orgānu, vairogdziedzera u.c, rentgena un citi tamlīdzīgi izmeklējumi, līgumiestādēs 100% apmērā, nelīgumiestādēs saskaņā ar maksas cenrāžu izcenojumiem (tehniskā piedāvājums p.2.4.), ar ārsta nosūtījumu, neierobežojot izmeklējumu skaitu un neierobežojot apmaksājamo izmeklējumu klāstu tikai ar nosauktajiem izmeklējumiem
2.1.6.	augstu tehnoloģiju diagnostiskie izmeklējumi, tai skaitā (magnētiskā rezonanse, datortomogrāfija, scintigrāfija un citi augsto tehnoloģiju izmeklējumi ar un bez kontrastvielas), ne mazāk kā 140 (viens simts četrdesmit) euro apdrošināšanas periodā, - ar ārsta nosūtījumu, neierobežojot izmeklējumu skaitu un neierobežojot apmaksājamo izmeklējumu klāstu tikai ar Pretendenta nosauktajiem izmeklējumiem;	*augstu tehnoloģiju diagnostiskie izmeklējumi, tai skaitā (magnētiskā rezonanse, datortomogrāfija, scintigrāfija un citi augsto tehnoloģiju izmeklējumi ar un bez kontrastvielas), ne mazāk kā 200 (divi simti) euro apdrošināšanas periodā, - ar ārsta nosūtījumu, neierobežojot izmeklējumu skaitu un neierobežojot apmaksājamo izmeklējumu klāstu tikai ar nosauktajiem izmeklējumiem;
2.1.7.	laboratoriskie izmeklējumi 100 % apmērā, tai skaitā pilna asins analīze, dzelzs, ferritīns, vitamīns B12, protrombīna komplekss, asins tecēšanas laiks, asins grupa(ABO), Rh-faktors, kopējais bilirubīns, frakcijas, ALAT, ASAT, GGT, kreatīnīns, ūrinskābe, kopējais holesterīns, ABL holesterīns, ZBL holesterīns, triglicerīdi, C-reaktīvais olbaltums, reimatoīdais faktors, glikoze, glikohemoglobīns, TSH, FT3, FT4, tireoglobulīns, AV pret tireoglobulīnu, HBs antigēns, antiHCV, anti Helicobacter pylori IgA un IgG, antivielu noteikšana pret ērču encefalītu,) kopējais olbaltums, albumīns, olbaltumu frakcijas, imūnglobulīni IgG (A, M), vitamīns D3*, urīna analīze, koprogramma, krēpu analīze, iztriepu izmeklēšana uz mikrofloru; onkomarkieri un citi izmeklējumi, - ar ārsta nosūtījumu, neierobežojot izmeklējumu skaitu un neierobežojot apmaksājamo izmeklējumu klāstu tikai ar Pretendenta nosauktajiem izmeklējumiem;	laboratoriskie izmeklējumi 100 % apmērā (L3), tai skaitā pilna asins analīze, dzelzs, ferritīns, vitamīns B12, protrombīna komplekss, asins tecēšanas laiks, asins grupa (ABO), Rh-faktors, kopējais bilirubīns, frakcijas, ALAT, ASAT, GGT, kreatīnīns, ūrinskābe, kopējais holesterīns, ABL holesterīns, ZBL holesterīns, triglicerīdi, C-reaktīvais olbaltums, reimatoīdais faktors, glikoze, glikohemoglobīns, TSH, FT3, FT4, tireoglobulīns, AV pret tireoglobulīnu, HBs antigēns*, antiHCV*, anti Helicobacter pylori IgA un IgG, antivielu noteikšana pret ērču encefalītu*,) kopējais olbaltums, albumīns, olbaltumu frakcijas, imūnglobulīni IgG (A, M), vitamīns D3*, urīna analīze, koprogramma, krēpu analīze, iztriepu izmeklēšana uz mikrofloru; onkomarkieri un citi izmeklējumi, - ar ārsta nosūtījumu, neierobežojot izmeklējumu skaitu un neierobežojot apmaksājamo izmeklējumu klāstu tikai ar Pretendenta nosauktajiem izmeklējumiem;
2.1.8.	valsts noteiktās obligātās veselības pārbaudes 100% apmērā;	valsts noteiktās obligātās veselības pārbaudes 100% apmērā;
2.1.9.	medicīniskās izziņas;	medicīniskās izziņas;
2.1.10.	ambulatorā rehabilitācija ar limitu ne mazāk kā 100 (simts) euro apdrošināšanas periodā, saskaņā ar diagnozi un ārsta nosūtījumu (klasiskā ārstnieciskā masāža, fizioterapijas nodarbības, ārstnieciskā vingrošana, ūdens procedūras t.sk. dūņu procedūras, manuālā terapija);	*ambulatorā rehabilitācija ar limitu ne mazāk kā 110 (viens simts desmit) euro apdrošināšanas periodā, saskaņā ar diagnozi un ārsta nosūtījumu (klasiskā ārstnieciskā masāža, fizioterapijas nodarbības, ārstnieciskā vingrošana, ūdens procedūras t.sk. dūņu procedūras, manuālā terapija);
2.1.11.	ārstnieciskās manipulācijas ne mazāk kā 22 (divdesmit divi) euro vienas pieņemšanas laikā, neierobežojot manipulāciju skaitu;	ārstnieciskās manipulācijas līgumiestādēs 100% apmērā, nelīgumiestādēs saskaņā ar maksas cenrāžu izcenojumiem (tehniskā piedāvājums p.2.4.), neierobežojot manipulāciju skaitu;
2.1.12.	vakcinācija (pret ērču encefalītu, pret gripu, u.c. gadījumos) ar limitu ne mazāk kā 30 (trīsdesmit) euro apdrošināšanas periodā;	Vakcinācija V3 (pret ērču encefalītu, pret gripu, B hepatītu) līgumiestādēs 100% apmērā, nelīgumiestādēs saskaņā ar maksas cenrāžu izcenojumiem (tehniskā piedāvājums

	neatliekamā palīdzība 100% apmērā jebkurā ar medicīniskās palīdzības sniegšanu saistītā izsaukumā, t.sk. arī iekasētā maksa par daļēji pamatotu vai nepamatotu izsaukumu.	p.2.4.);
	Stacionārie maksas pakalpojumi 100% apmērā. Apdrošinājuma summa ne mazāk kā 710 euro, nenosakot apdrošinājuma summas ierobežojumus atsevišķi katram stacionārā maksas pakalpojuma veidam un apmeklējumu/izmeklējumu reižu skaitam noteiktā termiņā un vienam saslimšanas gadījumam.	Stacionārie maksas pakalpojumi 100% apmērā. Apdrošinājuma summa ne mazāk kā 1000 euro, nenosakot apdrošinājuma summas ierobežojumus atsevišķi katram stacionārā maksas pakalpojuma veidam un apmeklējumu/izmeklējumu reižu skaitam noteiktā termiņā un vienam saslimšanas gadījumam.
2.2.1.	pacienta iemaksas stacionārai diagnostikai un ārstēšanai 100% apmērā;	pacienta iemaksas stacionārai diagnostikai un ārstēšanai 100% apmērā;
2.2.2.	iestāšanās maksa, katra slimnīcā pavadītā diena;	iestāšanās maksa, katra slimnīcā pavadītā diena;
2.2.3.	ārstēšanās paaugstināta servisa apstākļos, ja konkrētā ārstniecības iestādē tas ir iespējams;	ārstēšanās paaugstināta servisa apstākļos, ja konkrētā ārstniecības iestādē tas ir iespējams;
2.2.4.	ārstnieciskās manipulācijas un operācijas, t.sk. maksas plānveida un plānveida rekonstrukcijas operācijas, neierobežojot apmaksājamo operāciju klāstu tikai ar pretendenta nosuktajām operācijām;	ārstnieciskās manipulācijas un operācijas, t.sk. maksas plānveida un plānveida rekonstrukcijas operācijas, neierobežojot apmaksājamo operāciju klāstu tikai ar pretendenta nosuktajām operācijām;
2.2.5.	ārstu speciālistu (t.sk. profesoru, medicīnas doktoru, nodalju vadītāju utml.) konsultācijas;	ārstu speciālistu (t.sk. profesoru, medicīnas doktoru, nodalju vadītāju utml.) konsultācijas;
2.2.6.	laboratoriskie un diagnostiskie izmeklējumi.	laboratoriskie un diagnostiskie izmeklējumi.

3.	Papildprogrammas Papildprogrammu izvēli darbinieki var izdarīt 15 (piecpadsmit) kalendāro dienu laikā pēc Līguma noslēgšanas. Polises darbības laikā esošajiem darbiniekiem papildprogrammu izvēle, iegāde vai maiņa netiek veikta. Veselības karšu anulēšanas gadījumā, samaksātā prēmija par papildprogrammu iegādi apdrošinātajām personām netiek atgriezta	Apdrošināšanas prēmija vienam darbiniekam ar nosacījumu, ka izvēlēsies vismaz sekojošais darbinieku skaits, EUR	
	*JEBKURI MEDIKAMENTI (bez saraksta) Programma nodrošina medikamentu iegādi ar 50% atlaidi, gada atlīdzības limits 100 euro. Tiek apmaksāti: medikamenti, kas reģistrēti Latvijas Republikas Zāļu reģistrā un nav aplikti ar PVN pamatlīkmi. Netiek apmaksāti: medikamenti, kas ir aplikti ar PVN pamatlīkmi; medikamentus, kas nav reģistrēti LR Zāļu reģistrā	15-50 cilv.	51-100 cilv.
3.1.	Pretendents piedāvā iegādāties paplašinātu pakalpojumu klāstu – papildprogrammas (medikamentu iegādi, grūtnieču aprūpes maksas pakalpojumus, zobārstniecības apkalpojumus, sporta aktivitātes) visiem darbiniekim vai arī daļai kolektīva. Šādos gadījumos prēmijas korekcija tiek veikta saskaņā ar Pretendenta piedāvājumā norādīto apdrošināšanas prēmijas apjomu.	79.00	54.00
	*GRŪTNIEČU APRŪPES MAKSAS PAKALPOJUMI Programma nodrošina pakalpojumu saņemšanu ar gada atlīdzības limitu 200 euro. Tiek apmaksāti: ginekologa-dzemdiņu speciālista konsultācijas, diagnostiskie izmeklējumi, t.sk. KTG un laboratoriskie izmeklējumi, t.sk. skrīnings grūtniečem. Netiek apmaksāti: diagnostika auglim, grūtnieču apmācību kursi; grūtnieču vingrošana un citi pakalpojumi, kas nav iekļauti apdrošināšanas programmā; grūtnieču aprūpes līgumi.	15-50 cilv.	51-100 cilv.
		84.00	42.00
			24.00

	ZOBĀRSTNIECĪBAS PAKALPOJUMI Programma nodrošina medikamentu iegādi ar 50% atlaidi, gada atlīdzības limits 150 euro. Tiek apmaksāti: pirmā palīdzība akūtu sāpju gadījumā; zobu ārsta (terapeita) konsultācijas; mutes dobuma apskate; ārstēšanas plāna sastādīšana; zobu terapija (plombēšana); zobu endodontija (kanālu ārstēšana); zobu ekstrakcijas (raušana); anestēzija (izņemot vispārējo); zobu rentgens (izņemot 3D, ICAT); mutes dobuma higiēna. Netiek apmaksāti: protezēšanas pakalpojumi (ieskaitot nakts kapes, bokseru šinas, kroņu noņemšanu un uz cementēšanu, konsultācijas pie protēzista); ortodontija (t.sk. konsultācijas pie ortodonta); paradonta slimību ārstēšanu; periodontīta slimību ārstēšana; kanālu ārstēšana ar mikroskopa palīdzību; kariesa profilakse ar silantiem; zobu balināšana; periodontologa apmeklējums (konsultācija); lāzera izmantošana; ķirurģijas pakalpojumus (izņemot zobu ekstrakciju); vispārēja anestēzija; premidikācija; ICAT, 3D rentgens; zobu implantus un ar to saistītos pakalpojumus; zobu virsmas kosmētiskā pārklāšana.	15-50 cilv.	51-100 cilv.	101-200 cilv.
	SPORTA PAKALPOJUMI Programma nodrošina sporta nodarbību apmeklēšanu ar atlaidi. Vienas nodarbības apmaksas summa 6 euro un mēneša reižu limits (4 reizes) ir norādīti uz veselības apdrošināšanas kartes. Tiek apmaksāti: peldbaseina apmeklējumu; aerobikas nodarbības; body bike; tenisa, skvoša nodarbības; nodarbības trenāžieru zālē; ūdens aerobikas nodarbības; *Tiek apmaksāti viena mēneša abonementi, nepārsniedzot kartē norādīto nodarbību un limita (par vienu reizi) reizinājumu. Maksājumā čekam jāpievieno apmeklējumu atšifrējums par datumiem. Netiek apmaksāti: austrumu cīņas nodarbības, slidošanu, slēpošanu, dejošanas nodarbības, solāriju, abonementus ar darbības termiņu ilgāku par vienu mēnesi.	79.00	67.00	56.00

- skaidras naudas norēķins (sākotnēji apdrošinātām personām par medicīnisko pakalpojumu jānorēķinās ar personīgiem līdzekļiem)

Pielikums Nr.2

pie 2017.gada 11.septembra
veselības apdrošināšanas līguma Nr.GJ201471
(veselības apdrošināšanas polise Nr.GJ201471)

Veselības apdrošināšanas programmas apraksts

Veselības apdrošināšanas programma „LUKSUS PLUSS”
apdrošinājuma summa vienai apdrošinatajam personai EUR 20000.00 gadā

Atlaides apmērs un
limii līgumniešūdēs

AMBULATORĀ APRŪPE	EUR 19000.00 gadā
Pacienta iemaksa par ambulatorajiem, stacionārajiem pakalpojumiem, par stacionāro rehabilitāciju, saskaņā ar MK noteikumiem (stacionāro pakalpojumu saņemšanai nepieciešams norīkojums no ģimenes ārsta, kuram ir līgums ar nacionālo veselības dienestu (NVD). Informāciju ir iespējams NVD mājas lapā: www.vmnvd.gov.lv	
Pacienta iemaksas ambulatorai diagnostikai un ārstēšanai	100%
MAKSAS AMBULATORIE PAKALPOJUMI	
ģimenes ārstu ambulatora apmeklēšana, neierobežojot apmeklējumu skaitu	100%
ārstu speciālistu (t.sk. profesoru, medicīnas doktoru, nodaļu vadītāju utml.) ambulatora apmeklēšana, neierobežojot apmeklējumu skaitu	100%
ģimenes ārstu mājas vizītes, neierobežojot vizīšu skaitu	100%
diagnostiskie izmeklējumi (D2), tai skaitā dažādi ultraskāpas izmeklējumi kā krūšu, vēdera, mazā iegurņa orgānu, vairogdziedzera u.c, rentgena un citi tamldzīgi izmeklējumi u.c.	100%
*augstu tehnoloģiju diagnostiskie izmeklējumi, tai skaitā (magnētiskā rezonanse, datortomogrāfija, scintigrāfija un citi augsto tehnoloģiju izmeklējumi ar un bez kontrastvielas)	EUR 200.00 gadā
laboratoriskie izmeklējumi (L3), tai skaitā pilna asins analīze, dzelzs, ferritīns, vitamīns B12, protrombīna komplekss, asins tecēšanas laiks, asins grupa (ABO), Rh-faktors, kopējais bilirubīns, frakcijas, ALAT, ASAT, GGT, kreatinīns, ūrinskābe, kopējais holesterīns, ABL holesterīns, ZBL holesterīns, triglicerīdi, C-reaktīvais olbaltums, reimatoīdais faktors, glikoze, glikohemoglobīns, TSH, FT3, FT4, tireoglobulīns, AV pret tireoglobulīnu, HBs antigēns*, antiHCV*, anti Helicobacter pylori IgA un IgG, antivielu noteikšana pret ērču encefalītu*, kopējais olbaltums, albumīns, olbaltumu frakcijas, imūnglobulīni IgG (A, M), vitamīns D3*, urīna analīze, koprogramma, krēpu analīze, iztriepu izmeklēšana uz mikrofloru; onkomarķieri un citi izmeklējumi	100%
valsts noteiktās obligātās veselības pārbaudes	100%
medicīniskās izziņas, piem.: autotransporta vadīšanai, ieroču nēsāšanas atļaujai, mācību iestādes apmeklēšanai u.c.	100%
*ambulatorā rehabilitācija, saskaņā ar diagnozi un ārsta nosūtījumu (klasiskā ārstnieciskā masāža, fizioterapijas nodarbības, ārstnieciskā vingrošana, ūdens procedūras t.sk. dūņu procedūras, manuālā terapija);	EUR 110.00 gadā
ārstnieciskās manipulācijas, neierobežojot manipulāciju skaitu	100%
profilaktiskā vakcinācija ar potēšanas pasi (V3): pret gripu, pret ērču encefalītu, pret B hepatītu	100%
neatliekamā palīdzība jebkurā ar medicīniskās palīdzības sniegšanu saistītā izsaukumā, t.sk. arī iekasētā maksas par daļēji pamatotu vai nepamatotu izsaukumu.	100%
STACIONĀRĀ APRŪPE	EUR 1000.00 gadā
Pacienta iemaksa par ambulatorajiem, stacionārajiem pakalpojumiem, par stacionāro rehabilitāciju, saskaņā ar MK noteikumiem (stacionāro pakalpojumu saņemšanai nepieciešams norīkojums no ģimenes ārsta, kuram ir līgums ar nacionālo veselības dienestu (NVD). Informāciju ir iespējams NVD mājas lapā: www.vmnvd.gov.lv	
Pacienta iemaksas stacionārai diagnostikai un ārstēšanai, t.sk. pacienta līdzmaksājums	100%
* MAKSAS STACIONĀRIE PAKALPOJUMI	
iestēšanās maksa, katra slimīcā pavadītā diena	
ārstēšanās paaugstināta servisa apstākļos, ja konkrētā ārstniecības iestādē tas ir iespējams	
ārstnieciskās manipulācijas un operācijas, t.sk. maksas plānveida un plānveida rekonstruktīcijas operācijas	100%
ārstu speciālistu (t.sk. profesoru, medicīnas doktoru, nodaļu vadītāju utml.) konsultācijas	
laboratoriskie un diagnostiskie izmeklējumi	

* - skaidras naudas norēķīns (sākotnēji apdrošinātām personām par medicīnisko pakalpojumu jānorēķinās ar personīgiem līdzekļiem)

Pielikums Nr.3

pie 2017.gada 11.septembra
veselības apdrošināšanas līguma Nr.GJ201471
(veselības apdrošināšanas polise Nr.GJ201471)

Neapmaksājamo pakalpojumu saraksts

ispārējie izņēmumi:

- Veselības apdrošināšanas noteikumu Nr.JP 06/17 6.punktā minētie izņēmumi, izņemot p.6.1.15.;

Konsultācijas (t.sk. sniegtie pakalpojumi un ārstēšanās) pie sekojošiem specialistiem:

- trihologs; ergoterapeits; osteopāts; osteodensitometrijas speciālists; podometrijas speciālists; tehniskais ortopēds; homeopāts; psihoterapeits; psihiatrs; psihologs; narkologs; seksopatologs; andrologs; ģenētiķis; logopēds; dietologs (uztura speciālists); venerologs; neonatologs; reitterapeits; reproduktologs;

Laboratoriskie un diagnostiskie izmeklējumi, ārstēšana:

- sēnīšu slimību diagnostika un ārstēšana; pēdu aprūpes pakalpojumi (t.sk. ārstnieciskais pedikīrs); läzerkīrurģiskā un invazīvā dermatoloģija; onkohematoloģijā, ftiziatrijā; ērču pārnēsāto infekciju diagnostika; radzenes refraktīvā terapija; polisomnogrāfija, miega traucējumu izmeklējumi un ārstēšanās; psiho-neiroloģiskās aprūpes pakalpojumi; sāpju kabineta pakalpojumi;; osteodensitometrija; osteorefleksoterapija; fertilitātes un dzimumhormonu analīzes; imūnterapija un imūndiagnostika; infekciju slimību diagnostika un ārstēšana; ģenētiskie izmeklējumi; 3D un 4D izmeklējumi.

Manipulācijas, injekcijas un blokādes:

- skleroterapija; manipulācijas ar lāzeru; pārsiešanas; optiskā dermatoskopija; ērces noņemšana; spirāles ielikšana/izņemšana; abrāzijas; aspirāta noņemšana no dzemdes dobuma; progestina implanta ievietošana; punch biopsija; sēru korķa izņemšana u.c.;
- intraartikulāras injekcijas; injekcija acī; asaru ceļu skalošana; imūnglobulīna injekcijas (t.sk. pretērču);
- blokādes RTG kontrolē ar un bez kontrastvielām; nervu blokādes; miosfāciālā blokāde; saknīšu radiofrekvences stimulācija.

Maksas stacionārie pakalpojumi, maksas operācijas:

- jebkuri izdevumi par uzturēšanos stacionārā, ja to iemesls ir neapmaksājamo pakalpojumu sarakstā ietverts operāciju izņēmums;
- stacionārie maksas pakalpojumi, kas saistīti ar grūtniecības saglabāšanu;
- plastikas operācijas; kīrurģiskas deformācijas korekcijas operācijas, t.sk. hallux valgus; läzeroperācijas un operācijas ar ultraskauņu; kardioķīrurģiskās operācijas; acu operācijas; kosmētiskās un plastiskās operācijas; mugurkaula operācijas; mikrokīrurģiskās operācijas; jebkura veida protezēšana, orgānu un audu transplantācija; histeroskopiskās-histerorezektoskopiskās operācijas; cerebrālās un cerebrovaskulāras operācijas; vēnu operācijas; bariatrija; artroskopija; hemoroīdu operācijas;
- paaugstināta servisa pakalpojumi, kuriem ir piemērota PVN pamatlīkme (21%)

Ambulatorā rehabilitācija:

- apdrošināšanas programmā nenosauktie rehabilitācijas veidi, t.sk. grūtnieču vingrošana un fizikālā terapija;
- ambulatorās rehabilitācijas pakalpojumi, kas saņemti dienas/diennakts stacionārā uzturoties tajā;
- ārpus Ārstniecības iestādes adreses (izbraukumā) veikti ambulatorās rehabilitācijas pakalpojumi; ambulatorās rehabilitācijas pakalpojumi, kuri veikti SPA un kosmētiskajos salonus;

Pārējie pakalpojumi (ja netiek izvēlēti kā papildprogramma) un preču saraksts:

- medikamenti; zobārstniecības pakalpojumi, t.sk. mutes dobuma higiēna; sporta pakalpojumi; optikas pakalpojumi; grūtnieču aprūpe; maksas dzemdību pakalpojumi; grūtniecības pārtraukšana ar un bez medicīniskām indikācijām un to seku ārstēšana; kontracepcija, t.sk. medikamentoza; pakalpojumi, kas saistīti ar ģimenes plānošanu; neauglības ārstēšana un izmeklēšana; mākslīgā apaugļošana; mājas un netradicionālās dzemdības; ģimenes palāta; diagnostika auglim, grūtnieču apmācību kursi; grūtnieču vingrošana.
- līdzekļi mutes dobuma higiēnai; imunoglobulīni, imūnmodulējošu enzīmu preparāti, serumi, šķirces; protēzes, to kopšanas līdzekļi, implanti, dzirdes aparāti; visa veida inhalatori, krājtelpas; higiēnas preces, t.sk. plāksteri; īpašās ziepes, losjoni, šampūni, balzāmi; pārsienamie materiāli un etilspirts; slimnieku kopšanas palīglīdzekļi; kardiostimulatori u.tml.; operācijās pielietotie palīgmateriāli; palīgierīces; endoprotēzes; ortopēdiskās zolītes; artrozes.

Pielikums Nr.4

pie 2017.gada 11.septembra
veselības apdrošināšanas līguma Nr.GJ201471
(veselības apdrošināšanas polise Nr.GJ201471)

Maksas pakalpojumu cenrādis

(ja tie tiks saņemti nelīgumiestādēs vai tiek iesniegts veselības atlīdzības pieteikums)

Pakalpojuma atšifrējums	% vai EUR
Valsts programmas ietvaros saņemtie ambulatorie un stacionārie pakalpojumi (pacienta iemaksa, līdzmaksājums)	100%
Valsts neatliekamā medicīniskā palīdzība	100%
MAKSAS AMBULATORIE PAKALPOJUMI	
Konsultācijas	
Maksas ģimenes ārstu un maksas terapeitu konsultācijas	Līdz 30.00
Ārstu – speciālistu (t.sk. nodaļas vadītāja, medicīnas doktora, docenta, profesora) konsultācijas	Līdz 35.00
Gimenes ārsta mājas vizītes	100%
Manipulācijas	
ārstnieciskās manipulācijas kīrurgijā, LOR vienas pieņemšanas laikā, oftalmoloģijā, ginekoloģijā, dermatoloģijā vienas pieņemšanas laikā	
blokāde	
epidurālā blokāde	Līdz 25.00
locītavu punkcija	
intramuskulārās, s/c, i/c, intravenozā i/v, intravenozā sistēma, infūzija	
Vakeinācija	
pret gripu	
pret ērču encefalītu	
pret B hepatītu	EUR 30.00 gadā
Ambulatorā rehabilitācija	
Ārstnieciskā masāža, ārstnieciskā vingrošana, ūdens procedūras, manuālā terapija	EUR 110.00 gadā
Laboratoriskie izmeklējumi L3	100%
Diagnostiskie (instrumentālie) izmeklējumi D2	
RTG - rentgenogramma vienai ķermēja daļai	
USG – ultrasonogrāfiskie izmeklējumi: dažādām orgānu sistēmām, ginekoloģiskā, saistaudu un locītavu USG	
EKG - elektrokardiogramma	
USG - endoskopiskā	
RTG izmeklējumi (orgānu) ar kontrastvielu: augšējā gremošanās trakta, žultspuša vai aizkuņga dziedzera, urīnizvadceļu, irigoskopija, zarnu pasāža u.c.	
funkcionālie izmeklējumi: kolposkopija, ārējās elpošanas funkciju noteikšana (ĀEF), cistometrija, spirogrāfija, spirometrija, audiometrija, karpālā kanāla sindroma diagnostika, urofloumetrija, profilometrija u.c.	
mammogrāfija	Līdz 35.00
doplerogrāfiskie izmeklējumi (sirds, asinsvadu)	
holtera monitorēšana, asinsspiediena diennakts reģistrēšana	
veloergometrija (Tredmils)	
Augstu tehnoloģiju diagnostiskie izmeklējumi	
Skaitļotā tomogrāfija (CT)	
Magnētiskās rezonanse (MR)	
OCT	
Scintigrāfija	
ehokardiogrāfiskie izmeklējumi	
Endoskopiskie izmeklējumi	
Komjuterizēta encefalogrāfija	
Elektroencefalogrāfija	
Medicīniskās komisijas	
Obligātās profesionālās veselības pārbaudes	100%
Medicīniskās izziņas (autotransporta vadīšanai, ieroču nēsāšanas atļaujai, mācību iestādes apmeklēšanai u.c.)	Līdz 20.00
MAKSAS STACIONĀRIE PAKALPOJUMI	
Iestāšanās maksa, katra slimnīcā pavadītā diena	
Ārstēšanās paaugstināta servisa apstākļos, ja konkrētā ārstniecības iestādē tas ir iespējams	
Ārstnieciskās manipulācijas un operācijas, t.sk. planveida operācijas	
Ārstu speciālistu (t.sk. profesoru, medicīnas doktoru, nodaļu vadītāju utml.) konsultācijas	EUR 1000.00 gadā
Laboratoriskie un diagnostiskie izmeklējumi	

Pielikums Nr.5

pie 2017.gada 11.septembra
veselības apdrošināšanas līguma Nr.GJ201471
(veselības apdrošināšanas polise Nr.GJ201471)

Veselības apdrošināšanas atlīdzības saņemšanas kārtība**Pakalpojumu saņemšanas iespējas****Līgumiestādēs:**

Skaidras naudas norēķins	uzrādot veselības apdrošināšanas karti un personas apliecinošu dokumentu. Ar aktuālo līgumiestāžu sarakstu var iepazīties mājas lapā: www.interrisk.lv .
Kaīdras naudas norēķins	Pakalpojumi tiek apmaksāti saskaņā ar maksas pakalpojumu centrādi

Nelīgumiestādēs:

Skaidras naudas norēķins	Pakalpojumi tiek apmaksāti saskaņā ar maksas pakalpojumu centrādi
--------------------------	---

Veselības apdrošināšanas atlīdzības iesniegšanas iespējas

Veselības apdrošināšanas atlīdzības pieteikumu iesniegšana visā apdrošināšanas polises darbības laikā, bet ne vēlāk kā 30 (trīsdesmit) dienu laika pēc polises izbeigšanas

Tiešsaistē (e-pieteikums)	"InterRisk Vienna Insurance Group" AAS mājas lapā www.interrisk.lv .
Elektroniski	atlidziba.veseliba@interrisk.lv
Sabiedrības pārstāvniecībās	Ar Sabiedrības pārstāvniecības sarakstu var iepazīties www.interrisk.lv .
Pa pastu	Ūdens ielā 12, 110.kab, Rīga, LV-1007

Ja veselības apdrošināšanas atlīdzības pieteikums un maksājumu dokumenti iesniegti elektroniski, tad Apdrošinātai personai pienākums uzglābāt nosūtīto dokumentu oriģinālus 3 (trīs) gadus. Ja pēc Sabiedrības pieprasījuma Apdrošinātā persona neuzrāda dokumentu oriģinālus, tad Sabiedrības ir tiesības regresa kārtībā piedzīt izmaksāto apdrošināšanas atlīdzības summu no Apdrošinātās personas.

Iesniedzot apdrošināšanas atlīdzības pieteikumu elektroniski, atkārtoti dokumentu oriģināli Apdrošinātājam nav jāiesniedz!

Dokumenti atlīdzības saņemšanai**Veselības apdrošināšanas atlīdzības pieteikums**

Personificēts (Apdrošinātās personas (personas kods)) maksājuma apliecinošs dokuments ar precīzi nosauktu medicīnisko pakalpojumu un tā cenu

Ambulatorie pakalpojumi:

Dermatologa, ginekologa, urologa konsultācijas	izraksts ar diagnozes precizējumu, ja saņemta atkārtota konsultācija
Diagnostiskie izmeklējumi (piem. USG, MR, CT u.c.)	ārsta norīkojuma kopija
Laboratoriskie izmeklējumi	dokuments, kurā norādīta katras analīze un cena
Ambulatorā rehabilitācija	ārsta norīkojuma kopija
Profilaktiskā vakcīnācija	potēšanas pasa kopija

Stacionārie pakalpojumi:

t.sk. ja pakalpojums saņemts pacienta iemaksas apmērā	stacionārās kartes izraksts (epikrīze)
---	--

Papildprogrammas:

Maksas grūtnieču aprūpes pakalpojumi	mātes pasa kopija un/vai izraksts ar norādīto diagnozi un grūtniecības nedēļas skaitu
Zobārstniecības pakalpojumi	zoba numurs, virsma un veiktās manipulācijas atšifrējums
Sporta pakalpojumi	abonementa iegādes gadījumā jāpievieno apmeklējumu atšifrējums pa datumiem

Citi dokumenti:

pēc Apdrošinātāja pieprasījuma	jāiesniedz 30 (trīsdesmit) dienu laikā pēc pieprasījuma saņemšanas
--------------------------------	--

Iesniegtajos dokumentos nedrīkst būt labojumi, svītrojumi un citi bojājumi!!!

Ja veselības apdrošināšanas atlīdzību saņems Apdrošinātās personas pilnvarotā persona - jāuzrāda notariāli apstiprinātu pilnvaru

Veselības apdrošināšanas atlīdzības saņemšana

Pārskaitījums	5 (pieci) darba dienu laikā pēc visu nepieciešamo dokumentu saņemšanas Centrālajā birojā (Ūdens iela 12, 115.kab, Rīga, LV-1007)
Skaidrā naudā	Līdz €150.00 - Centrālajā biroja kasē (Ūdens iela 12, 115.kab, Rīga, LV-1007)

Informācija par pieņemto lēmumu, kā arī sagatavota izziņa iesniegšanai VID par daļēji vai neapmaksātiem pakalpojumiem, tiek nosūtīta uz Apdrošināšanas personas veselības atlīdzības pieteikumā norādīto e-pastu.

Gadījumā, ja atlīdzības saņemšanai tiek iesniegti maksājuma dokumentu oriģināli, tad par daļēji vai neapmaksātiem pakalpojumiem, tiek paredzēta bezmaksas dokumentu kopiju saņemšana, iesniegšanai VID.

dublikāta izsniegšana

As apdrošināšanas kartes nozaudēšanas, zādzības, uzvārda maiņas gadījumos, Apdrošinātājs izsniedz Apdrošinātajai personai dublikātu. Maksa par veselības apdrošināšanas kartes dublikāta izgatavošanu netiek paredzēta. Kartes dublikāts tiek izgatavots ārpus īstādītāja centrālajā birojā Rīgā un izsniegt 5 (piecu) darba dienu laikā no rakstiskā iesnieguma saņemšanas dienas no īstādītāja personas. Veselības apdrošināšanas kartes nozaudēšana neietekmē apdrošināšanas polises darbības nosacījumus.

Pielikums Nr.6

pie 2017.gada 11.septembra
veselības apdrošināšanas līguma Nr.GJ201471
(veselības apdrošināšanas polise Nr.GJ201471)

Apdrošināto personu skaita izmaiņas

Apdrošinātājs nodrošina iespēju Pasūtītājam veikt izmaiņas apdrošināto darbinieku sarakstā visā apdrošināšanas līguma (polises) darbības laikā pēc Pasūtītāja rakstiska pieteikuma, izslēdzot no tās darbiniekus, kuri pārtraukuši darba attiecības un pievienojot jaunus darbiniekus, kuri stājušies darba attiecībās ar Pasūtītāju.

Veicot izmaiņas apdrošināto personu sarakstā, parakstītā vai anulētā apdrošināšanas prēmija tiek aprēķināta par pilniem kalendāriem mēnešiem, ņemot vērā sekojošu algoritmu:

- kopējā apdrošināšanas prēmija tiek dalīta ar 12;
- iegūtais skaitlis noapaļots līdz veseliem *euro* centiem;
- iegūtais skaitlis tiek reizināts ar nepieciešamo pilno kalendāro mēnešu skaitu.

Jauno darbinieku apdrošināšana

Pēc Pasūtītāja rakstiska pieteikuma tieks apdrošināti jaunie darbinieki, ar kuriem tieks uzsāktas darba tiesiskās attiecības. Iekļaujot jaunos darbiniekus apdrošināto personu sarakstā, tie tieks apdrošināti uz tādiem pašiem nosacījumiem, kādi ir paredzēti polisē, noteikumos un līgumā, un apdrošināšana būs spēkā līdz polises termiņa beigām. Apdrošināšanas kartes, rēķini un pielikumi par jaunajiem apdrošinātajiem darbiniekiem, kuri pievienoti apdrošināto personu sarakstam, tieks izsniegti iespējami īsā laikā – 5 darba dienas. Apdrošināšanas prēmija tieks aprēķināta proporcionāli, līdz apdrošināšanas līguma (polises) termiņa beigām par atlikušo pilno mēnešu skaitu (bez papildus piemaksas).

Veselības apdrošināšanas karšu anulēšana

Gadījumā, ja ar darbinieku tiek izbeigtas darba tiesiskās attiecības, Pasūtītājs par to pēc saviem ieskatiem rakstiski paziņo Pretendentam (apdrošinātājam), lai Apdrošinātājs izdarītu grozījumus veselības apdrošināšanas polisē. Pasūtītājs vienlaikus nodod Apdrošinātājam no apdrošināto personu saraksta izslēgto darbinieku veselības apdrošināšanas kartes.

Gadījumā, ja Pasūtītājs par izslēdzamo no apdrošināto personu saraksta darbinieku ir samaksājis vairāk, nekā bija noteikts apdrošināšanas prēmiju iemaksas grafikā, tad Apdrošinātājs aprēķina atmaksājamās apdrošināšanas prēmijas daļu par neizmantoto apdrošināšanas līguma (polises) darbības laiku, proporcionāli par atlikušajiem pilniem kalendārajiem mēnešiem. Aprēķinot atmaksājamo prēmiju par izslēdzamo darbinieku, netiek ņemtas vērā izmaksātās atlīdzības un administratīvie izdevumi. Atmaksājamās prēmijas aprēķins tieks veikts ne vēlāk kā 30 (trīsdesmit) kalendāro dienu laikā, skaitot no dienas, kad apdrošināšanas karte tika nodota Apdrošinātājam.

Radinieku apdrošināšanas nosacījumi

Pretendents paredz piedāvājumā iekļautos veselības apdrošināšanas nosacījumus attiecināt arī uz Pasūtītāja darbinieku radiniekiem, t.i., vecākiem, laulāto un bērniem, bez vecuma un skaita ierobežojuma. Darbinieku radinieku apdrošināšanai tiek piemērots prēmijas sadārdzinājuma koeficients 1.10.

Pieteikšanās tiek noteikta viena mēneša laikā no Pasūtītāja kolektīvās veselības apdrošināšanas polises noslēgšanas brīža. Informācija par apdrošināmiem darbinieku radiniekiem iesniedzama atsevišķi noformētā sarakstā, norādot radniecības pakāpi, un to apstiprina apdrošinājuma ņēmēja pilnvarota persona.

Darbinieku radinieki piesakās apdrošināšanas programmas iegādei, vienreizēji iemaksājot apdrošināšanas prēmiju, pamatojoties uz Apdrošinātāja izrakstīto rēķinu un saskaņā ar tehniskajā piedāvājumā minēto prēmijas apmēru un nosacījumiem, no saviem personīgajiem naudas līdzekļiem. Radiniekam ir pienākums apmaksāt izrakstīto rēķinu 10 (desmit) dienu laikā no rēķina saņemšanas dienas. Vēlāk izmaiņas apdrošināmo radinieku sarakstā netiks apstiprinātas. Veselības karšu anulēšanas gadījumos papildprogrammu prēmijas aprēķinam netiek piemērots proporcionālitātes princips (veselības apdrošināšanas kartes derīguma termiņš ir noteiks 12 (divpadsmit) mēneši). Prēmija par papildprogrammu iegādi tiek aprēķināta par pilnu apdrošināšanas periodu.

Pielikums Nr.7

pie 2017.gada 11.septembra
veselības apdrošināšanas līguma Nr.GJ201471
(veselības apdrošināšanas polise Nr.GJ201471)

2.8. Apliecinājums par tehniskā piedāvājuma prioritāti

“InterRisk Vienna Insurance Group” AAS apliecina, ka pretrunu gadījumā starp “InterRisk Vienna Insurance Group” AAS veselības apdrošināšanas noteikumiem juridiskām personām Nr. JP 06/17 un iepirkuma “Valsts kontroles darbinieku veselības apdrošināšana” iepirkuma identifikācijas numurs LRVK 2017/2 Tehniskās specifikācijas prasībām, noteicošās ir šī iepirkuma Tehniskās specifikācijas prasības.

Pielikums Nr.8

pie 2017.gada 11.septembra
veselības apdrošināšanas līguma Nr.GJ201471
(veselības apdrošināšanas polise Nr.GJ201471)

FINANŠU PIEDĀVĀJUMS

Finanšu piedāvājums veselības apdrošināšanas pamatprogrammai:

Programmas nosaukums LUKSUS PLUSS	Gada atlīdzību limits vienam darbiniekam (EUR)	Gada prēmija vienam darbiniekam (EUR)	Gada prēmija (EUR) 180 polises
Ambulatorie pakalpojumi	19000.00	183.00	32940.00
Stacionārie pakalpojumi	1000.00	30.00	5400.00
Kopā:	20000.00	213.00	38340.00
Maksimālā prognozējamā kopējā prēmija 1 (vienam) apdrošināšanas gadam, ņemot vērā iespējamās darbinieku skaita svārstības			41535.00

Pielikums Nr.9

pie 2017.gada 11.septembra
veselības apdrošināšanas līguma Nr.GJ201471
(veselības apdrošināšanas polise Nr.GJ201471)

VESELĪBAS APDROŠINĀŠANAS NOTEIKUMI Nr. JP 06/17

(Apstiprināti "InterRisk Vienna Insurance Group" AAS 19.04.2017. Valdes sēdē, protokols Nr. 15/2017)

Šie noteikumi ir veselības apdrošināšanas līguma neatņemama sastāvdaļa

I. NOTEIKUMOS LIETOTIE TERMINI

1.1. Apdrošinātājs	"InterRisk Vienna Insurance Group" AAS, reģistrācijas Nr.40003387032.
1.2. Apdrošinājuma ņēmējs	Juridiska persona, kas noslēdz veselības Apdrošināšanas līgumu Apdrošināto personu labā.
1.3. Apdrošinātā persona	Fiziska persona, kura ir Apdrošinājuma ņēmēja darbinieks vai darbinieka radinieks un kuras labā starp Apdrošinātāju un Apdrošinājuma ņēmēju ir noslēgts Apdrošināšanas līgums par veselības apdrošināšanu un kurai, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, tiek nodrošināta ārstēšanas un veselības veicināšanas izdevumu apmaksa, izvēlētās apdrošināšanas programmas ietvaros.
1.4. Apdrošināšanas pieteikums	Pieteikums veselības apdrošināšanas piedāvājuma saņemšanai - noteikta parauga dokuments, kuru Apdrošinājuma ņēmējs iesniedz Apdrošinātājam, lai informētu to par faktiem, kas nepieciešami riska novērtēšanai un veselības apdrošināšanas piedāvājuma sagatavošanai.
1.5. Apdrošināšanas periods	Apdrošināšanas polises un līguma darbības laiks.
1.6. Apdrošināšanas polise	Dokuments, kas apliecinā Apdrošināšanas līguma noslēgšanu un ietver Apdrošināšanas līguma noteikumus, kā arī visus šā līguma grozījumus un papildinājumus, par kuriem Apdrošinātājs un Apdrošinājuma ņēmējs ir vienojušies Apdrošināšanas līguma darbības laikā. Apdrošināšanas polises neatņemamas sastāvdaļas ir: apdrošināto personu saraksts, noteikumi, apdrošināšanas programma, kartes, apdrošināšanas līguma pielikumi un/vai grozījumi, ja tādi ir un citi dokumenti, ja to pievienošana ir paredzēta Apdrošināšanas līgumā.
1.7. Apdrošināšanas līgums	Starp Apdrošinātāju un Apdrošinājuma ņēmēju noslēgts līgums. Pamatojoties uz to, Apdrošinājuma ņēmējs uzņemas saistības maksāt Apdrošināšanas prēmiju līgumā noteiktajā veidā, termiņos un apmērā, kā arī izpildīt citas līgumā noteiktās saistības, bet Apdrošinātājs uzņemas saistības izmaksāt līgumā paredzēto Apdrošināšanas atlīdzību Apdrošinātai personai, iestājoties apdrošināšanas gadījumam un atbilstoši Apdrošināšanas līguma nosacījumiem.
1.8. Apdrošināšanas prēmija	Apdrošinātāja aprēķinātais un Apdrošināšanas polīse noteiktais Apdrošinājuma ņēmēja maksājums par apdrošināšanu.
1.9. Apdrošinājuma summa	Apdrošināšanas līgumā noteiktā maksimālā naudas summa, kuras ietvaros, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam polises/līguma darbības laikā, var tikt izmaksāta Apdrošināšanas atlīdzība, atbilstoši Apdrošināšanas programmai un tā ir norādīta Apdrošināšanas polīse un Apdrošināšanas līgumā.
1.10. Apdrošināto personu saraksts	Apdrošināto personu parakstīts dokuments, kurā norādīti Apdrošināto personu dati, sniegtā piekrīšana Apdrošinātājam apstrādāt Apdrošināto personu datus, tai skaitā personas sensitīvos datus.
1.11. Karte	Pēc noteikta parauga izgatavota veselības apdrošināšanas plastikāta karte, kas satur ziņas par Apdrošināto personu un izvēlētās Apdrošināšanas programmas nosacījumiem.
1.12. Apdrošināšanas programma	Apdrošinātāja noteikts veselības aprūpes pakalpojumu kopums (segums) un apmērs, kuru apmaksu, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, sedz Apdrošinātājs un kas ir noteikts Apdrošināšanas līgumā.
1.13. Ārstnieciskie pakalpojumi	Pakalpojumi, kurus Apdrošinātā persona saņemusi Ārstniecības iestādēs un no personām, kuriem ir sertifikāts par tiesībām praktizēt noteiktā specialitātē un pielietot Latvijas Republikas Medicīnisko tehnoloģiju valsts reģistrā reģistrēto ārstniecības metodi.
1.14. Apdrošināšanas gadījums	Ar apdrošināto risku cēloņsakarīgi saistīts notikums, kuram iestājoties Apdrošināšanas līguma darbības laikā, paredzēta Apdrošināšanas atlīdzības izmaksā, atbilstoši Apdrošināšanas līgumam.
1.15. Apdrošināšanas atlīdzība	Apdrošinājuma summa vai tās daļa, kura tiek izmaksāta Apdrošinātai personai, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, atbilstoši Apdrošināšanas programmai.

Apdrošināšanas līdzības pieteikums	Apdrošināšanas programmā noteikta naudas summa, procenti vai veselības aprūpes pakalpojumu skaits, kura ietvaros, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, Apdrošinātājs izmaksā Apdrošināšanas atlīdzību.
Ārstniecības iestāde	Veselības apdrošināšanas atlīdzības pieteikums - noteikta parauga dokumenti, kuru Apdrošinātā persona iesniedz Apdrošinātājam, lai saņemtu Apdrošināšanas atlīdzību, saskaņā ar noslēgto Apdrošināšanas līgumu.
Pakalpojumu sniedzēja iestāde	Latvijas Republikas Ārstniecības iestāžu reģistrēta ārstniecības iestāde vai ārstu prakse, kas nodarbojas ar ārstnieciski profilaktisko, ārstniecisko un medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanu, saskaņā ar Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajām prasībām.
20. Līgumiestādes	Aptiekas un optikas izstrādājumu iegādes vietas, kas darbojas Latvijas Republikas teritorijā Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā, nodrošinot ārstnieciski profilaktisko un ārstniecisko pakalpojumu sniegšanu, un sporta iestādes, kas sniedz pakalpojumus veselības stāvokļa uzlabošanai un profilaksei.
21. Nepārvarama vara jeb Force Majeure	Arstniecības iestādes un iestādes, ar kurām Apdrošinātājs noslēdzis sadarbības līgumu. Jebkādi apstākļi, kas neatrodas tā līdzēja putas kontrole, kuras saistību izpildījums ir ietekmēts un kuru tas nevar paredzēt un novērst, bet ne tikai, līdzējiem nelabvēlīgas izmaiņas normatīvajos aktos, pandēmijas, terora akti, sacelšanās, streiki, revolūcijas vai citas masu nekārtības/nemieri, kari, ienaidnieka darbība, dabas katastrofas ugunsnelaimes un citas stihiskas katastrofas

2. APDROŠINĀŠANAS LĪGUMA NOSLĒĢŠANA / GROZĪŠANA / IZBEIGŠANA

2.1. Apdrošināšanas līguma noslēgšana

- 2.1.1. Apdrošināšanas līgums tiek slēgts uz laika periodu, kas nav mazāks par 1 (vienu) gadu. Apdrošinātājam un Apdrošinājuma ņēmējam rakstveidā vienojoties, var tikt noteikts cits Apdrošināšanas periods.
- 2.1.2. Lai noslēgtu Apdrošināšanas līgumu, Apdrošinājuma ņēmējs iesniedz Apdrošināšanas pieteikumu. Apdrošināšanas pieteikuma iesniegšana neuzliek pienākumu ne Apdrošinātājam, ne Apdrošinājuma ņēmējam sniegt veselības apdrošināšanas piedāvājumu un slēgt Apdrošināšanas līgumu. Apdrošinātājs var pieprasīt Apdrošinājuma ņēmējam papildus informāciju riska (seguma) izvērtēšanai.
- 2.1.3. Apdrošināšanas līgums tiek slēgts saskaņā ar likuma "Par apdrošināšanas līgumu" un citu Latvijas Republikā spēkā esošo normatīvo aktu prasībām, un tas darbojas Latvijas Republikas teritorijā. Apdrošinātājam un Apdrošinājuma ņēmējam rakstveidā vienojoties, var tikt noteikta cita Apdrošināšanas līguma darbības teritorija vai, kad Apdrošinājuma ņēmējam rakstveidā vienojoties ar Apdrošinātāju, līguma darbības teritorija tiek paplašināta.
- 2.1.4. Apdrošinājuma ņēmējs un Apdrošinātā persona ir atbildīgi par sniegtās informācijas patiesīgumu un pilnīgumu. Jebkurš viltojums, nepareizs apgalvojums un/vai noklusēšana var būt par iemeslu Apdrošināšanas līguma izbeigšanai un/vai atteikumam izmaksāt Apdrošināšanas atlīdzību.
- 2.1.5. Apdrošināšanas polises, Līguma un karšu noformēšanai, Apdrošinājuma ņēmējs iesniedz Apdrošinātājam Apdrošināto personu sarakstu, kurā norāda Apdrošināto vārdus, uzvārdus un personas kodus, dzīvesvietas adresi un telefona numurus.
- 2.1.6. Apdrošinātājs ne vēlāk kā 1 (vienu) dienu pirms polises spēkā stāšanas dienas, vai citos, Apdrošināšanas līgumā noteiktos termiņos, izsniedz Apdrošinājuma ņēmējam parakstītu Apdrošināšanas līgumu un Apdrošināto personu kartes, katrai kartei pievienojot informatīvu materiālu ar polises darbības aprakstu vai, informācija par veselības apdrošināšanas programmu, atlīdzību un garantijas vēstulu saņemšanas kārtību un nosacījumiem, tiks nosūtīta uz Apdrošinājuma ņēmēja norādīto e-pasta adresi. Apdrošinājuma ņēmējam ir jānodrošina informācijas izplatīšana un pieejamība katrai Apdrošinātai personai.
- 2.1.7. Par līguma noslēgšanas brīdi ir uzskatāms brīdis, kad Apdrošinājuma ņēmējs un Apdrošinātājs paraksta Apdrošināšanas līgumu. Apdrošinātājs ir saņēmis Apdrošināšanas prēmiju, Apdrošināšanas polisē norādītajā termiņā un apmērā.
- 2.1.8. No Apdrošināšanas līguma parakstīšanas brīža Apdrošinājuma ņēmējs savā un Apdrošināto personu vārdā ir pilnvarojis Apdrošinātāju apstrādāt Apdrošinājuma ņēmēja datus un Apdrošināto personu datus, nodrošinot Apdrošināšanas līguma izpildi, saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likuma un citu normatīvo aktu prasībām.

2.2. Apdrošināšanas līguma grozīšana

- 2.2.1. Apdrošinātājam un Apdrošinājuma ņēmējam rakstveida vienojoties, var tikt noteikti Apdrošināšanas līguma grozījumi.

2.3. Apdrošināšanas līguma izbeigšana

Apdrošinātājs ir tiesīgs vienpusēji izbeigt Apdrošināšanas līguma darbību:

- 2.3.1. Ārstnieciskie izdevumi radušies Apdrošinājuma ņēmēja vai Apdrošinātās personas vai citu apdrošināšanas atlīdzības saņemšanā ieinteresētu personu jauna nolūka vai rupjas neuzmanības dēļ.
- 2.3.2. Apdrošinājuma ņēmējs vai Apdrošinātā persona, slēdzot Apdrošināšanas līgumu vai tā darbības laikā, ar jaunu nolūku vai rupjas neuzmanības dēļ, ir sniedzis Apdrošinātājam nepatiesu informāciju vai atsakās sniegt Apdrošinātāja pieprasīto informāciju.

Apdrošinājuma ņemējs kā juridiska persona ir likvidēta un tai nav tiesību un/vai saistību pārņemēja.

Citos Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajos gadījumos.

- Apdrošināšanas līguma darbība iepriekšminētajos gadījumos tiek izbeigta, nosūtot Apdrošinājuma ņemējam rakstisku paziņojumu uz Apdrošināšanas polisē norādīto adresi, ja Latvijas Republikas normatīvajos aktos nav noteikta cita Apdrošināšanas līguma izbeigšanas kārtība. Apdrošināšanas līgums tiek izbeigs pēc 30 (trīsdesmit) dienām no rakstveida paziņojuma nosūtīšanas dienas.

- 3.6. Apdrošināšanas ņemējam ir pienākums ne vēlāk kā līdz Apdrošināšanas līguma darbības izbeigšanas dienai nodot Apdrošinātājam visas saskaņā ar Apdrošināšanas līgumu izsniegtas veselības apdrošināšanas kartes.
- 3.7. Ja Apdrošināšanas līgums tiek izbeigs un Apdrošināšanas līguma darbības laikā nav iestājies Apdrošināšanas gadījums, tad Apdrošinātājs atmaksā Apdrošinājuma ņemējam neizmantoto Apdrošināšanas prēmijas daļu, kuras apmēru nosaka, atskaitot no iemaksātās Apdrošināšanas prēmijas daļu par izmantoto Apdrošināšanas līguma darbības periodu un ar Apdrošināšanas līguma noslēgšanu saistītos Apdrošinātāja izdevumus, bet ne vairāk par 25% no kopējās Apdrošināšanas prēmijas.
- 2.3.8. Ja Apdrošināšanas līgums tiek izbeigs un Apdrošināšanas līguma darbības laikā ir iestājies Apdrošināšanas gadījums, tad Apdrošinātājs atmaksā Apdrošinājuma ņemējam Apdrošināšanas prēmijas daļu tikai gadījumā, ja izmaksātā apdrošināšanas atlīdzība ir mazāka nekā starpība starp iemaksāto Apdrošināšanas prēmiju un Apdrošināšanas prēmijas daļu par Apdrošināšanas līguma darbības izbeigušos periodu. Šādā gadījumā no atmaksājamās prēmijas daļas tiek atskaitīti ar Apdrošināšanas līguma noslēgšanu saistītie Apdrošinātāja izdevumi, bet ne vairāk par 25% no kopējās Apdrošināšanas prēmijas.
- 2.3.9. Apdrošinājuma ņemējam ir tiesības saņemt atpakaļ samaksāto, bet neizmantoto Apdrošināšanas prēmiju par pilniem mēnešiem, kas atlikuši līdz apdrošināšanas perioda beigām, ja Apdrošinātājs pārtrauc darba attiecības ar Apdrošinājuma ņemēju un Apdrošinājuma ņemējs atgriež Apdrošināšanas karti Apdrošinātājam.

Apdrošināšanas līgumu attiecībā uz konkrētu Apdrošinātā personu var pārtraukt pirms termiņa:

- 2.3.10. Apdrošinātājs ir pilnībā izpildījis savas saistības pret Apdrošinātā personu, izmaksājot Apdrošinājuma summu pilnā apmērā. Šīnī gadījumā Apdrošinātājai personai izsniegtā karte zaudē savu spēku un tā ir jāiesniedz pēc Apdrošinātāja pieprasījuma.
- 2.3.11. Iestājies Apdrošinātās personas nāve. Šīnī gadījumā, ja Apdrošināšanas līguma darbības laikā nebija iestājies Apdrošināšanas gadījums, Apdrošinājuma ņemējam ir tiesības saņemt samaksāto, bet neizmantoto prēmijas daļu par pilniem mēnešiem, kas atlikuši līdz apmaksātā perioda beigām.

3. APDROŠINĀŠANAS PRĒMIIJA

- 3.1.1. Apdrošināšanas prēmiju nosaka Apdrošinātājs, atkarībā no izvēlētās Apdrošināšanas programmas un tai atbilstošās Apdrošinājuma summas, Apdrošinājuma ņemēja izvēlētā Apdrošināšanas prēmiju iemaksas periodiskuma, kā arī Apdrošinātā personu skaita.
- 3.1.2. Apdrošinājuma ņemējs to var nomaksāt vienreizēja maksājuma veidā vai pa daļām, iepriekš par to rakstiski vienojoties ar Apdrošinātāju. Apdrošinājuma ņemēja pienākums ir samaksāt Apdrošinātājam Apdrošināšanas prēmiju Apdrošināšanas līgumā noteiktajos termiņos un kārtībā.
- 3.1.3. Apdrošināšanas prēmija tiek maksāta euro valūtā, ja Apdrošināšanas līgumā nav noteikts savādāk. Maksājums var tikt veikts skaidrā naudā vai ar pārskaitījumu.
- 3.1.4. Par apmaksas dienu tiek uzskatīta Apdrošināšanas prēmijas iemaksa Apdrošinātāja kasē vai prēmijas ieskaitīšanas diena Apdrošinātāja uzrādītājā bankas norēķinu kontā. Visus bankas izdevumus sedz Apdrošinājuma ņemējs.
- 3.1.5. Gadījumā, ja Apdrošinājuma ņemējs nav veicis Apdrošināšanas prēmijas samaksu Apdrošināšanas polisē un rēķinā noteiktā termiņā, tad Apdrošinātājs nosūta rakstveida brīdinājumu par nesamaksātu Apdrošināšanas prēmiju. Ja brīdinājuma noteiktajā Apdrošināšanas prēmijas samaksas termiņā iestājas Apdrošināšanas gadījums, kuru Apdrošinātājs atlīdzinājis, tad Apdrošinātājs piestāda Apdrošinājuma ņemējam regresu.
- 3.1.6. Ja Apdrošinājuma ņemējs nesamaksā Apdrošināšanas prēmiju brīdinājumā noteiktajā Apdrošināšanas prēmijas samaksas termiņā un apmērā, Apdrošināšanas līgums tiek uzskatāms par izbeigtu, ja vien Apdrošinātājs brīdinājumā nav noteicis citādi.
- 3.1.7. Ja Apdrošināšanas līguma darbības laikā Latvijas Republikā, saskaņā ar Centrālās statistikas pārvaldes apkoptajiem datiem, medicīnas pakalpojumu cenas vidēji palielinās vairāk kā par 20%, tad Apdrošinātājs, vienojoties ar Apdrošinājuma ņemēju, palielina Apdrošināšanas prēmiju. Gadījumā, ja vienošanās netiek panākta, Apdrošinātājs patur tiesības izbeigt Apdrošināšanas līgumu.

4. APDROŠINĀJUMA ņEMĒJA, APDROŠINĀTĀS PERSONAS UN APDROŠINĀTĀJA PIENĀKUMI / TIESĪBAS

4.1. Apdrošinājuma ņemēja pienākumi un tiesības

Pienākumi

- 4.1.1. Sniegt precīzu un patiesu informāciju, kuru pieprasa Apdrošinātājs un kas nepieciešama Apdrošināšanas līguma noslēgšanai.
- 4.1.2. Iepazīstināt Apdrošinātā personu ar noslēgtā Apdrošināšanas līguma noteikumiem, Apdrošināšanas programmas nosacījumiem, kā arī izsniegt tam Kartes un tām pievienoto informatīvo materiālu. Pretējā gadījumā, Apdrošinājuma ņemējs atbild par Apdrošinātā personu neinformētības sekām un sedz tos izdevumus, kas ir radušies Apdrošinātājam.

	Maksāt Apdrošināšanas prēmiju Apdrošināšanas līgumā noteiktajos termijos un apmērā.
	Rakstveidā iesniegt Apdrošinātājam izmaiņas Apdrošināto personu sarakstā.
5.	Rakstveida paziņot Apdrošinātājam par Apdrošināšanas periodā Apdrošināto personu identifikācijas datu maiņu.
6.	Iesniegt Apdrošinātājam Apdrošinātās personas veselības apdrošināšanas karti, ja tās darbība tiek izbeigta vai pārtraukta pirms termiņa.
1.7.	Atmaksāt Apdrošinātājam tā samaksāto naudas summu, par kuru Apdrošinātā persona ir saņemusi ārstnieciskos pakalpojumus: kurus Apdrošinātājs neapmaksā saskaņā ar šiem Noteikumiem vai kuri nav paredzēti Apdrošināšanas programmā; pēc Apdrošināšanas kartes darbības pārtraukšanas vai Apdrošināšanas līguma apturēšanas laikā; krāpniecības rezultātā saskaņā ar šo Noteikumu 6.punktu.
Apdrošinātās personas tiesības	
4.1.8.	Veikt izmaiņas Apdrošināto personu sarakstā apdrošināšanas līguma noteiktajā kārtībā.
4.1.9.	Saņemt neizmantoto prēmiju, kas aprēķināta saskaņā ar veiktām izmaiņām.
4.1.10.	Prasīt Apdrošinātājam pamatojumu par piestādītiem rēķiniem.

2. Apdrošinātā personas pienākumi un tiesības

Pienākumi

4.2.1.	Rūpēties par savas veselības saglabāšanu.
4.2.2.	Iepazīties ar Apdrošinātai personai izsniedzamo Apdrošināšanas programmu un citu informatīvo materiālu.
4.2.3.	Iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, ievērot ārstējošā ārsta norādījumus.
4.2.4.	Nepieļaut iespēju citai personai izmantot viņa individuālo veselības Apdrošināšanas karti (šāda rīcība tiek kvalificēta kā krāpniecība), bet Kartes nozaudēšanas, zādzības gadījumos nekavējoties par to ziņot Apdrošinātājam.
4.2.5.	Ja darba tiesiskas attiecības ar Apdrošinājuma ņēmēju tiek pārtrauktas, atdot tam individuālo veselības apdrošināšanas karti.
4.2.6.	Sekot līdzi saviem izdevumiem par medicīniskajiem pakalpojumiem, lai nepārsniegtu Apdrošinājuma summu un / vai Apdrošināšanas limitus.
4.2.7.	Saņemot pakalpojumus Apdrošinātāja Līgumiestādēs, uzrādīt Karti kopā ar personu apliecinošo dokumentu.
4.2.8.	Atmaksāt Apdrošinātājam tā samaksāto naudas summu, par kuru Apdrošinātāis ir saņemis ārstnieciskos pakalpojumus: pārsniedzot Apdrošinājuma summu vai Apdrošināšanas programmā norādītus limitus; pēc veselības Apdrošināšanas kartes darbības pārtraukšanas vai Līguma apturēšanas laikā; krāpniecības rezultātā saskaņā ar šo noteikumu 6.punktu.

Tiesības

4.2.9.	Saņemt Apdrošināšanas atlīdzību par pakalpojumiem, kas saņemti un apmaksāti iestādēs, kas nav Apdrošinātāja Līgumiestādes vai citu iemeslu dēļ tiek apmaksāti no personīgiem līdzekļiem, tādā apmērā un kārtībā, kā to paredz noslēgtais Līgums un Noteikumi.
4.2.10.	Prasīt Apdrošinātājam informāciju par Apdrošināšanas programmu, Noteikumiem, apdrošināšanas polises izmantošanu, Līgumiestādēm.

3. Apdrošinātāja pienākumi un tiesības

Pienākumi

4.3.1.	Iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, izmaksāt Apdrošināšanas atlīdzību šo noteikumu 5.nodaļā paredzētajā kārtībā.
4.3.2.	Apstrādāt informāciju par Apdrošināto personu, kas nonākusi Apdrošinātāja rīcībā, noslēdzot Apdrošināšanas līgumu, ievērojot Latvijas Republikas Fizisko personu datu aizsardzības likumu un izpaust to vienīgi Latvijas Republikas likumdošanā paredzētajos gadījumos.
4.3.3.	Uz pieprasījumu izsniegt maksājuma dokumentus, apstiprinot kāda naudas summa par saņemto pakalpojumu ir apmaksāta.
4.3.4.	Pēc Apdrošinātās personas rakstiska pieprasījuma, sniegt informāciju par iztērēto Apdrošinājuma summu Apdrošināšanas programmā.

Tiesības

4.3.5.	Noslēdzot Apdrošināšanas līgumu, pārliecināties par Apdrošinājuma ņēmēja un Apdrošināto personu sniegto ziņu patiesīgumu, kā arī, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, iepazīties ar nepieciešamo medicīnisko vai finanšu dokumentāciju, konkrētā Apdrošināšanas gadījuma izvērtēšanai.
4.3.6.	Apdrošināšanas līguma darbības laikā, nebrīdinot Apdrošināto personu, veikt izmaiņas Līgumiestāžu un to apmaksājamo pakalpojumu sarakstā. Apdrošinātājs nodrošina aktuālo Līgumiestāžu saraksta pieejamību Apdrošinātāja mājas lapā www.interrisk.lv .
4.3.7.	Apturēt Apdrošināšanas polises vai kartes darbību gadījumā, ja tam kluva zināma informācija par Apdrošinātās personas krāpniecību, tajā skaitā gadījumā, ja Apdrošinājuma ņēmējs vai Apdrošinātā persona ir sniegusi nepatiesu informāciju Apdrošinātājam, kā rezultātā Apdrošinātājs ir maldināts par apdrošināšanas riska iestāšanas iespējamību. Šādā gadījumā, Apdrošinātājam ir tiesības pieprasīt Apdrošināto personu vai Apdrošinājuma ņēmēju segt zaudējumus, kas Apdrošinātājam ir radušies šādas rīcības rezultātā.
4.3.8.	Piedzīt no Apdrošinājuma ņēmēja vai Apdrošinātās personas naudas summu, ko Apdrošinātājs ir izmaksājis

	Līgumiestādei, pamatojoties uz iesniegto rēķinu par ārstniecisko pakalpojumu izmantošanu: Apdrošinātajai personai pārsniedzot Apdrošinājuma summu vai Apdrošināšanas programmā norādītos limitus; kurus Apdrošinātājs neapmaksā saskaņā ar šiem Noteikumiem vai kuri nav paredzēti Apdrošināšanas programmā; pēc Apdrošināšanas kartes darbības pārtraukšanas vai Apdrošināšanas līguma apturēšanas laikā.
3.9.	Regresa kārtībā piedzīt zaudējumus no Līgumiestādes vai citas trešās personas, kuri radušies Apdrošinātājam, apmaksājot ārstnieciskos izdevumus Apdrošinātajai personai, kura ir cietusi Līgumiestādes vai citas trešās personas prettiesiskās darbības vai bezdarbības rezultātā.
4.3.10.	Apdrošinātājs, izmaksājot Apdrošināšanas atlīdzību, izmaksātās summas apmērā pārņem prasības tiesības pret personu, kas ir atbildīga par zaudējumiem.

5. APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBAS IZMAKSAS KĀRTĪBA

Apdrošināšanas atlīdzība

1.	Veicot veselības apdrošināšanas atlīdzības izmaksu, tiek piemērots vienreizējais kompensācijas princips, izmaksājot atlīdzību Līgumiestādei vai Apdrošinātājam
----	--

2. Apdrošināšanas atlīdzības pieteikumu iesniegšanas iespējas

2.1.	Atlīdzības pieteikumus var iesniegt visā apdrošināšanas polises darbības laikā, bet ne vēlāk kā 30 (trīsdesmit) dienu laikā pēc polises izbeigšanas:
5.2.1.1.	Tiešsaistē (e-pieteikums): http://www.interrisk.lv/infoatlīdzība/atlīdzību-pieteikuma-formas.html
5.2.1.2.	Elektroniski - sūtot pieteikumu ar visiem dokumentiem uz: atlīdzība.veselība@interrisk.lv
5.2.1.3.	Apdrošinātāja filiāles (ar filiāļu sarakstu var iepazīties Apdrošinātāja mājas lapā): http://www.interrisk.lv/info/par-interrisk/kontakti.html
5.2.1.4.	pa pastu: Ūdens ielā 12-115, 110.kab., Rīga, LV-1007

5.3. Ja veselības apdrošināšanas atlīdzības pieteikums un maksājumu dokumenti iesniegti elektroniski:

Apdrošinātai personai pienākums glābāt nosūtīto dokumentu oriģinālus 3 (trīs) gadus. Ja pēc Sabiedrības pieprasījuma Apdrošinātā persona neuzrāda dokumentu oriģinālus, tad Sabiedrības ir tiesības regresa kārtībā piedzīt izmaksāto apdrošināšanas atlīdzības summu no Apdrošinātās personas

5.4. Informācija par pieņemto lēmumu un VID izziņa

- 5.4.1. Informācija par pieņemto lēmumu, kā arī sagatavota izziņa iesniegšanai VID par daļēji vai neapmaksātiem pakalpojumiem, tiek nosūtīta uz Apdrošināšanas personas veselības atlīdzības pieteikumā norādīto e-pastu.
- 5.4.2. Gadījumā, ja atlīdzības saņemšanai tiek iesniegti maksājuma dokumentu oriģināli, tad par daļēji vai neapmaksātiem pakalpojumiem, tiek paredzēta bezmaksas dokumentu kopiju saņemšana, iesniegšanai VID.

5.5. Pakalpojumu saņemšanas iespējas

Līgumiestādēs	Bezskaidras naudas norēķins - uzrādot veselības apdrošināšanas karti un personas apliecinošu dokumentu. Samaksu par Apdrošinātai personai Līgumiestādē sniegtajiem pakalpojumiem sedz Apdrošinātājs, saskaņā ar Apdrošināšanas līguma noteikumiem un savstarpēji saskaņoto cenādi.
Nelīgumiestādēs	Skaidras naudas norēķins - pakalpojumi tiek apmaksāti saskaņā ar maksas pakalpojumu cenādi.

5.6. Veselības apdrošināšanas atlīdzības saņemšana

Pārskaitījums	5 (pieci) darba dienu laikā pēc visu nepieciešamo dokumentu sapņemšanas.
Skaidras naudas norēķins	Centrālā biroja kasē (Ūdens iela 12-115, Rīga, LV-1007 – noteiktajā limitā).

5.7. Dokumenti atlīdzības saņemšanai

- 5.7.1. Veselības apdrošināšanas atlīdzības pieteikums.
- 5.7.2. Apdrošinātās personas personificēts (personas kods) maksājuma apliecinošs dokuments ar precīzi nosauktu medicīnisko pakalpojumu un tā cenu.
- 5.7.3. Medicīniskie dokumenti saskaņā ar Apdrošināšanas līguma norādīto atlīdzības saņemšanas kārtību (piemēram: ārsta norīkojums, potēšanas pases kopija, ārsta izraksts ar norādīto diagnozi, receptes kopija un citi dokumenti pēc pieprasījuma).

6. IZNĒMUMI

6.1. Par apdrošināšanas gadījumu netiek uzskatīts un netiek atlīdzināti:

- 6.1.1. radioaktīvās saindešanās, radioaktīvā piesārņojuma, dabas katastrofu rezultātā; epidēmiju – infekcijas slimības masveida izplatīšanās, par kuru ir paziņojusi atbildīgā Latvijas Republikas institūcija;
- 6.1.2. izdevumi, kas radušies sakarā ar nepārvaramu varu jeb Force Majure apstākļu dēļ;
- 6.1.3. Apdrošinātās personas piedalīšanās karā vai karam piešķirtinātās darbībās, jebkura veidā militāru formējumu darbībā, terorisma, kā arī masu nemieru rezultātā;
- 6.1.4. Apdrošinātās personas prettiesiskās rīcebas rezultātā, ja to ir atzinusi tiesa vai cita kompetenta institūcija;
- 6.1.5. materiālā vai morālā kaitējuma apmaka jebkura iemesla dēļ;
- 6.1.6. pakalpojumi saņemti nesertificētā un Latvijas Republikas veselības aprūpes iestāžu, uzņēmumu un prakšu reģistrā nereģistrētā iestādē;
- 6.1.7. pakalpojumus, ja tos veicis speciālists, kas nav atbilstoši sertificēts Ārstniecības personu reģistrā un nav reģistrēts spēkā esošo normatīvos aktos noteiktā kārtībā;
- 6.1.8. anonīmi, bez ārsta norīkojuma veiktie ārstniecības, veselības veicināšanas un profilakses pakalpojumi;

	medicīniskos, veselības veicināšanas pakalpojumus vai preces, kas paredzētas trešo personu ārstēšanai;
10.	radušies alkohola, narkotisko vai citu apreibinošo vielu lietošanas rezultātā radušos veselības traucējumu diagnostikai un ārstēšanai, psihisko slimību vai sindromu ārstēšana;
11.	Apdrošinātā persona pati ir nodarījusi kaitejumu savai veselībai, t.sk. gadījumos, kas saistīti ar pašārstēšanos vai pašnāvību, vai pašnāvības mēģinājuma izdarīšanu, ārstējot pašam sevi bez ārsta uzraudzības, lietojot medikamentus, ja to lietošana nav paredzēta no ārstnieciskā viedokļa vai ārsts tas nav izrakstījis;
11.12.	apdrošinātājam riska iestāšanas cēlonis bija Apdrošinātās personas ļauns nolūks vai repja neuzmanība;
11.13.	Apdrošinātā persona apzināti ir maldinājusi Apdrošinātāju, sniedzot nepatiesas ziņas par savu veselības stāvokli, kā arī jebkurš viltojums, nepareizs apgalvojums vai noklusēšana, kas ietekmē apdrošināšanu vai ar to saistītās prasības, tai skaitā Apdrošināšanas kartes nodošana citai personali;
6.1.14.	medicīniskie un finanšu dokumenti, kuros ir veikti labojumi, neatbilstoši Latvijas Republikas Ministru kabineta noteiktajai kārtībai;
6.1.15.	Apdrošināšanas gadījums ir iestājies ārpus Apdrošināšanas līguma darbības laika, tai skaitā ārstējot pirms Apdrošināšanas līguma darbības sākuma diagnosticētu slimību vai traumu;
6.1.16.	izdevumi, kas saistīti ar seksuāli transmisīvo slimību diagnostiku un ārstēšanu, saslimšanu ar AIDS un HIV vīrusa pārnešanu, diagnostiku un ārstēšanu; psihो-neirologisko aprūpi; psihoterapeitisko palīdzību; seksopatologa palīdzību;
6.1.17.	izdevumi, kas radušies kā honorāra maksājums (piemēram: papildus mākejumi par individuālo aprūpi, sociālā aprūpe) ārstējošam personālam vai maksājums par ārsta izvēli; ārstu konstrijus; stacionārā īstācīgās uzturēšanās palātas; uzturēšanās pa nakti dienas stacionārā; ēdināšanas pakalpojumu apmaksu; paliatīvo aprūpi; citas pakalpojumus/manipulācijas, kas nav iekļautas ārstniecības iestādes centrālī un Apdrošināšanas personas programmas nosacījumos;
6.1.18.	veselības aprūpes valsts programmā ietilpstoto slimību ārstēšana maksas pakalpojumu apmērā;
6.1.19.	netradicionālās medicīnas pakalpojumi (piemēram: akupunktūra, ajurvēdas pakalpojumi, antroposofā medicīna, iridodiagnostika, elektropunktūra, kinezīoloģija u.c.);
6.1.20.	kosmētiskie pakalpojumi un ārstēšanās (piemēram: ozona terapija, svara samazināšanas programmas, hidrokolonoterapija, vispārējā ķermēņa masāža, seborejas ārstēšana u.tml.);
6.1.21.	pakalpojumi un ar medicīnu saistīti pakalpojumi, ja tie ir apliktī ar PVN pamatlīkmi;
6.1.22.	medicīnisko dokumentu nosformēšanu un medicīnisko izmeklējumu izdrukām, ierakstiem un citiem datu nesējiem kā atsevišķu pakalpojumu, piemēram: potēšanas pases izrakstīšana, darba nespējas lapas nosformēšana, sanitārās grāmatīgas nosformēšana, jebkurā veidā piemaksas; digitālo filmiju izdrukas, rentgena bildes u.c.;
6.1.23.	pakalpojumiem, kas ir iegādāti ar kolektīvās iepirkšanās (kuponu) un interneta veikalā starpniecību; izdevumi par vispārējo profilaktisko veselības pārbandi (check-up u.c.);
6.1.24.	ja Apdrošinātās nav iesniedzis Apdrošinātājam pieprasītos dokumentus, kas apliecinā Apdrošināšanas gadījuma iestāšanos;
6.1.25.	izdevumus par pakalpojumiem, kurus Apdrošinātā persona nav saskapojuši ar Apdrošinātāju, ja saskapošanu nosaka Apdrošināšanas programmas nosacījumi;
6.1.26.	izdevumi par pakalpojumiem, kas attiecīgajā Apdrošināšanas līgumā ir minēti kā neapmaksājamie pakalpojumi.
6.2.	Konkrēta Apdrošināšanas līgumā, Apdrošinātājs ir tiesīgs atkāpties no viena vai vairākiem izņēmumiem, kā arī noteikt papildus izņēmumus vai ierobežojumus.

7. PĀRĒJIE NOTEIKUMI

7.1. Strīdu izšķiršanas kārtība	
7.1.1.	visi strīdi Apdrošināšanas līguma sakārā tiek risināti sarunu ceļā. Ja vienošanās netiek panākta, strīds tiek nodots Latvijas Republikas tiesām izšķiršanai Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.
7.1.2.	Apdrošinājuma ņēmēja vai Apdrošinātās personas sūdzības vai pretenzijas, kas iesniegtas rakstiski, Apdrošinātājs izskata un sniedz rakstisku atbildi 30 (trīsdesmit) kalendāro dienu laikā no sūdzības vai pretenzijas sapemšanas dienas.
7.1.3.	no Apdrošināšanas līguma izrietošo attiecību regulēšanai tiek piemēroti: likums "Par apdrošināšanas līgumu", Civillikums un citi Latvijas Republikas normatīvie akti.
7.2. Veselības apdrošināšanas kartes dublikāts	
7.2.1.	Kartes nozaudēšanas, zādzības vai kļūdaini piestādītas informācijas gadījumā Apdrošinātājs izsniedz Apdrošinātajai personalai kartes dublikātu. Maksa par veselības apdrošināšanas kartes dublikātu izgatavošanu un izsniegšanu sastāda EUR 3.00 (trīs euro 00 euro centi), ja Apdrošināšanas līgumā nav atrunāts citādi. Kartes dublikāts tiek izgatavots Apdrošinātāja centrālajā birojā Rīgā un izsniegt 5 (piecu) darba dienu laikā no rakstiska iesnieguma, par kartes dublikātu izgatavošanu, sapemšanas dienas no Apdrošinātās personas. Veselības apdrošināšanas kartes nozaudēšana neietekmē Apdrošināšanas polīses darbības nosacījumus, ja Apdrošināšanas līgumā nav atrunāts citādi. Izmaksas par kartes dublikātu izgatavošanu sedz Apdrošinātā persona.
7.3. Informācijas konsfidencialitāte	
7.3.1.	Apdrošinātājs un Apdrošinājuma ņēmējs garantē informācijas konsfidencialitāti par otru līguma pusī vai trešo pusī, par kuru informācija kļūst zināma saistībā ar apdrošināšanas līguma noslēgšanu un izpildi.
7.3.2.	Apdrošinātājs nodrošina sapņmās informācijas konsfidencialitāti un veic personu datu apstrādi, saskaņā ar

Fizisko personu datu aizsardzības likumu un citiem Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem.

3. noslēdzot Apdrošināšanas līgumu un uzsākot lietot apdrošināšanas karti, Apdrošinājuma pēmējs un Apdrošinātā persona pilnvaro Apdrošinātāju, nepieciešamības gadījumā, apdrošināšanas līguma izpildes nolūkā, iepazīties ar Apdrošinātās personas medicīnisko dokumentāciju (kurā ir norādīta informācija par uzstādīto diagnozi, slimības anamnēzi un iepriekšējo ārstēšanu, diagnozi apstiprinošu izmeklējumu rezultātiem, saņemto ārstēšanu un ārstēšanas ilgumu, izrakstītājiem un iegādātājiem medikamentiem u.tml.), kā arī dokumentāciju par citiem Apdrošināšanas līguma ietvaros apmaksājamajiem pakalpojumiem.

Dokumentu prioritāte

- 7.4.1. ja tiek konstatētas pretrunas starp šiem noteikumiem un Apdrošināšanas programmas nosacījumiem, tad pusēm saistoši ir Apdrošināšanas programmas nosacījumi.