

LĪGUMS
par Valsts kontroles darbinieku veselības apdrošināšanu

Rīgā,

2018.gada 26.novembrs

ADB “Gjensidige” Latvijas filiāle, reģ.nr. 40103595216, juridiskā adrese: Brīvības iela 39, Rīga, LV1010 (turpmāk tekstā – ADB) no vienas puses, kuras vārdā saskaņā ar pilnvarojumu rīkojas tās vadītāja Ināra Meija, un

Latvijas Republikas Valsts kontrole, reģ.Nr.90000031917, juridiskā adrese: Skanstes ielā 50, Rīgā, LV 1013, valsts kontroliera p.i. Ingas Vāravas personā, kura rīkojas saskaņā ar Valsts kontroles 2015.gada 30.decembra rīkojumu Nr.3.1.1/1408 un 2018.gada 28.septembra rīkojumu Nr.3.1.2/145 un Valsts kontroles likumu, (turpmāk tekstā – Pasūtītājs) no otras puses,

abi kopā saukt arī kā PUSES, bet atsevišķi kā PUZE, pamatojoties uz Pasūtītāja rīkotā iepirkuma “Valsts kontroles darbinieku veselības apdrošināšana” ar iepirkuma identifikācijas Nr.LRVK 2018/3 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 2018/3);
- 1.2. DARBINIEKI – Pasūtītāja nodarbinātās personas, kurām Pasūtītājs iegādājas veselības apdrošināšanu;
- 1.3. POLISE – Pasūtītājam izsniegt dokuments, kas apliecinā līguma noslēgšanu starp pusēm. Polise ietver sevī apdrošināto darbinieku skaitu, apdrošināšanas programmu, apdrošinājuma summas un prēmiju, kā arī darbības termiņu. Polises neatņemama sastāvdaļa ir tās pielikumi (darbinieku saraksts (vārds, uzvārds, personas kods), Veselības apdrošināšanas noteikumi);
- 1.4. PIELIKUMI – jebkādas vienošanās par izmaiņām darbinieku sarakstos, apdrošināšanas programmā vai Veselības apdrošināšanas noteikumos, ja tās parakstījušas puses;
- 1.5. KARTE – darbiniekiem izsniegtā plastikāta karte kā apliecinājums, ka tajā minētās personas veselība ir apdrošināta saskaņā ar tādu ADB programmu, kuras saīsināts atšifrējums uzdrukāts uz kartes virsmas līdzās darbinieka personu raksturojošai informācijai. Karte apliecinā darbinieka tiesības saņemt ārstnieciskos pakalpojumus, kurus saskaņā ar programmu, noteikumiem un līgumu apmaksā ADB;
- 1.6. PROGRAMMA - polisē un noteikumos noteiktais ārstniecisko pakalpojumu kopums;
- 1.7. PRĒMIJA – maksājums par polisi vai pielikumiem, ko saskaņā ar ADB rēķinā noteikto apmēru un apmaksas termiņiem veic Pasūtītājs. Prēmijas apjoms nosakāms saskaņā ar polisi vai pielikumu, apdrošināšanas pakalpojumu sniegšanas noteikumiem (programmas apraksta) un Līgumu;
- 1.8. ATLĪDZĪBU LIMITS – polisē noteiktā maksimālā vienam darbiniekam izmaksājamo atlīdzību kopsumma;
- 1.9. ATLĪDZĪBA – ar darbinieku veselības aprūpi saistīto izdevumu apmaksu, ko ADB veic pamatojoties uz līgumiestāžu piestātājiem rēķiniem par darbiniekiem 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), ADB kompensē radušos izdevumus, pamatojoties uz darbinieku iesniegtajiem atlīdzības pieteikumiem un tiem pievienoto maksājumu apliecināšanai;
- 1.10. PERIODS – polises vai kartes darbības termiņš, kura ietvaros radušas un ar veselības aprūpi saistītās darbinieku izmaksas sedz ADB, izmaksājot atlīdzības;

SANĒMSTS

Juridiskā daļa

30.11.2018.

Reg. Nr. 375/2128

1.11. LĪGUMIESTĀDES – dažāda profila un juridisko formu ārstniecības, veselības veicināšanas iestādes un aptiekas, kurām ar ADB noslēgti sadarbības līgumi. Šajās iestādēs karte tās īpašniekam 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 ADB, pamatojoties uz 2018.gada 20.novembrī iepirkumam iesniegto piedāvājumu, nodrošina veselības apdrošināšanas pakalpojumus darbiniekiem 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. Polises darbības termiņš ir no 2018.gada 1.decembra līdz 2019.gada 30.novembrim.
- 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 ADB programmu "Dzintara polise Pluss 2" uz Līguma noslēgšanas brīdi, ko Pasūtītājs maksā ADB saskaņā ar ADB izsniegto rēķinu, ir 35571,00 EUR (trīsdesmit pieci tūkstoši pieci simti septiņdesmit viens euro, 00 centu) par 167 darbinieku apdrošināšanu.
- 3.2. Atlīdzību limits vienam darbiniekam, kas apdrošināts saskaņā ar veselības ADB programmu "Dzintara polise Pluss 2", ir 4000,00 EUR (četri tūkstoši euro, 00 centi).
- 3.3. Prēmija par vienu darbinieku pilnam apdrošināšanas periodam saskaņā ar veselības ADB programmu "Dzintara polise Pluss 2", ir 213,00 EUR (divi simti trīspadsmit euro, 00 centi).
- 3.4. Veselības apdrošināšanas gada prēmiju, saskaņā ar polisi un tajā noteikto maksājumu grafiku Pasūtītājs pārskaita uz ADB norādīto bankas norēķinu kontu 10 (desmit) kalendāro dienu laikā pēc ADB rēķina saņemšanas.
- 3.5. Prognozētā kopējā gada prēmiju summa, ievērojot Pasūtītāja darbinieku skaita svārstības apdrošināšanas periodā par veselības ADB programmu "Dzintara polise Pluss 2" Līguma darbības laikā, nepārsniedz 41535,00 EUR (četrdesmit viens tūkstotis pieci simti trīsdesmit pieci euro, 00 centi).

4. DATU AIZSARDZĪBA

- 4.1. Pasūtītājs un ADB apņemas ievērot personu datu aizsardzību regulējošo tiesību aktu prasības.
- 4.2. Pēc Līguma parakstīšanas, Pasūtītājs atļauj ADB kā datu apstrādes sistēmas pārzinim, rīkoties ar sensitīviem darbinieku 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, ievērojot Apdrošināšanas līguma likuma 8.panta septīto daļu, Eiropas Parlamenta un Padomes Regulu (ES) 2016/679 (2016.gada 27.aprīlis) par fizisku personu aizsardzību attiecībā uz personas datu apstrādi un šādu datu brīvu apriti un ar ko atceļ Direktīvu 95/46/EK noteikto.

5. PIELIKUMI UN PRĒMIJAS

- 5.1. Gadījumā, ja ar darbinieku tiek izbeigtas darba tiesiskās attiecības, Pasūtītājs par to pēc saviem ieskaņiem rakstiski paziņo ADB. Pamatojoties uz šiem paziņojumiem, ADB sagatavo papildu vienošanos pie polises (pielikumu), kurā neizmantotās (atlikušās) prēmijas daļas aprēķins tiek veikts, nesmot vērā Pasūtītāja iesniegtā paziņojuma datumu.
- 5.2. Neizmantotās (atlikušās) prēmijas aprēķins tiek veikts ne vēlāk kā 30 (trīsdesmit) kalendāro dienu laikā, skaitot no dienas, kad karte atgriezta ADB. Neizmantoto (atlikušo) prēmiju par

pirmstermiņa izbeigtajām kartēm ADB pēc Pasūtītāja ieskatiem vai nu pārskaita uz Pasūtītāja bankas norēķinu kontu, vai arī ietur kā avansu turpmākiem prēmiju maksājumiem.

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

6. PUŠU TIESĪBAS UN PIENĀKUMI

6.1. Lai nodrošinātu līguma izpildi, Pasūtītājs apņemas:

- 6.1.1. iesniegt ADB polises sagatavošanai nepieciešamo informāciju par darbiniekiem elektroniskā veidā, norādot: vārdu, uzvārdu, personas kodu;
- 6.1.2. ievērot polises, Veselības apdrošināšanas noteikumus un Līguma nosacījumus, kā arī iepazīstināt ar tiem darbiniekus;
- 6.1.3. darbiniekiem izsniegt tiem paredzētās kartes un citus ADB sagatavotos materiālus, kas papildina karti un paredzēti individuālai lietošanai (piemēram, ūss programmas apraksts, līgumiestāžu saraksts un AAS kontaktinformācija) pēc to saņemšanas no ADB, saskaņā ar Līguma 6.2.1 punkta prasībām.

6.2. Lai nodrošinātu Līguma izpildi, ADB apņemas:

- 6.2.1. pēc Līguma noslēgšanas izsniegt Pasūtītājam polisi un darbinieku kartes, kā arī citus ADB sagatavotos materiālus, kas papildina karti un paredzēti individuālai lietošanai (piemēram, ūss programmas apraksts, līgumiestāžu saraksts un ADB kontaktinformācija) ne vēlāk kā 5 (piecu) darba dienu laikā, skaitot no brīža, kad Pasūtītājs izpildījis Līguma punktā 6.1.1.punktā minētās darbības;
- 6.2.2. darbiniekiem izmaksāt atlīdzību Līgumā minētajos gadījumos un apmērā, ievērojot noteikto kārtību un termiņus;
- 6.2.3. gadījumos, kad darbinieki ir saņēmuši pakalpojumus vai preces to kartēs iekļauto programmu ietvaros un par šiem pakalpojumiem vai precēm norēķinājušies no personīgajiem līdzekļiem, veikt atlīdzības izmaksu ne vēlāk kā 10 (desmit) 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;
- 6.2.4. nepasliktināt Pasūtītājam izsniegtās polises un Veselības apdrošināšanas noteikumus, kā arī noslēgtā Līguma nosacījumus to darbības laikā, kā arī jebkādā citā veidā neapgrūtināt Pasūtītāja darbinieku iespējas saņemt tiem paredzētos ADB veselības apdrošināšanas pakalpojumus vai iegādāties programmā paredzētās preces;
- 6.2.5. pēc darbinieka rakstiska līguma iespējami ūsā 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.;
- 6.2.6. 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;
- 6.2.7. pēc Pasūtītāja rakstiska līguma 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.).

7. ATLĪDZĪBU IZMAKSA

- 7.1. Pasūtītāja darbinieki programmas ietvaros ir tiesīgi saņemt kartē ietvertos pakalpojumus arī iestādēs, kas nav ADB līgumiestādes.
- 7.2. Lai saņemu atlīdzību Līguma 7.1. punktā minētajos gadījumos darbinieki iesniedz ADB atbilstoši visām polisē, noteikumos un Līgumā minētajām prasībām noformētu kases čeku un/vai stiņrās uzskaites kvīti un pilnībā aizpildītu atlīdzības pieteikuma formu, kā arī nepieciešamības gadījumā apdrošināšanas gadījuma iestāšanos apliecinošu medicīniska dokumenta oriģinālu vai kopiju.
- 7.3. Līguma 7.2.punktā minētā atlīdzība tiek aprēķināta saskaņā ar polisi un apdrošināšanas pakalpojumu sniegšanas noteikumiem (programmas aprakstu), un ADB to pārskaita uz atlīdzības pieteikuma formā norādīto darbinieka bankas norēķinu kontu.

8. LĪGUMA IZBEIGŠANA

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

9. NEPĀRVARAMA VARA

- 9.1. Par nepārvaramas varas apstākļiem tiek uzskatīti tādi apstākļi un notikumi kā dabas katastrofas un ūdens plūdi, zemestrīce un citas stihiiskās nelaimes, kā arī citi gadījumi, kas no Pusēm neatkarīgu apstākļu dēļ, kavē vai traucē Līguma saistību izpildi (turpmāk tekstā – nepārvaramas varas apstākļi).
- 9.2. 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.
- 9.3. PUSEI, 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.
- 9.4. Par zaudējumiem un kavējumiem, kas radušies nepārvaramas varas apstākļu dēļ, neviena no PUSĒM atbildību nenes.

10. DOMSTARĪBAS

- 10.1. Visas domstarības, kas PUSĒM radušās šī Līguma ietvaros, tās apņemas risināt sarunu ceļā.
- 10.2. Ja 30 (trīsdesmit) kalendāra dienu laikā domstarības nav iespējams atrisināt sarunu ceļā, tās tiks risinātas saskaņā ar spēkā esošajiem Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem, iesniedzot prasības pieteikumu tiesā.
- 10.3. Visos jautājumos, kas nav atrunāti šajā līgumā, puses pamatojas uz Latvijas Republikas spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem.

11. NOBEIGUMA NOTEIKUMI

- 11.1. Ja rodas pretrunas starp polisi, noteikumiem un Līgumu, tajā skaitā Pasūtītāja Tehniskās specifikācijas prasībām un ADB iesniegto tehnisko piedāvājumu, tad noteicošās ir Pasūtītāja Tehniskās specifikācijas prasības un tām atbilstošs ADB iesniegtais tehniskais piedāvājums. Pretendenta polise un veselības apdrošināšanas noteikumi ir spēkā tiktāl, cik tie nav pretrunā ar Tehniskās specifikācijas prasībām.
- 11.2. Jebkuri Līguma nebūtiski grozījumi un papildinājumi iegūst spēku tikai tad, ja tie noformēti rakstveidā un tos parakstījušas abas puses.

III. LĪGUMS sagatavots latviešu valodā uz 5 (piecām) numurētām un cauršūtām lapām un
sešiem pielikumiem uz 18 (astoņpadsmit) numurētām un cauršūtām lapām 2 (divos)
eksemplāros, kuriem ir vienāds juridisks spēks un no kuriem viens ir ADB, bet otrs
pasūtītājam.

III.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, medicīnisko pakalpojumu saskaņošanas kārtība, medicīnisko pakalpojumu apmaksas kārtība un nosacījumi, cenrādis, izņēmumi;
- 12.4.3. 3.pielikums – Veselības apdrošināšanas noteikumi Nr.14.9.;
- 12.4.4. 4.pielikums – Izmaiņu veikšanas kārtība;
- 12.4.5. 5.pielikums – Apliecinājums par tehniskā piedāvājuma prioritāti;
- 12.4.6. 6.pielikums – Finanšu piedāvājums;

12. 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	ADB “Gjensidige” Latvijas filiāle Vienotais reģistrācijas Nr.40103595216 Adrese: Brīvības iela 39, Rīga, LV-1010 Banka: AS Luminor Bank Konta Nr.LV02RIKO0002930013594 Kods: RIKOLV2X Kontakttālrunis: 67106357 Kontaktpersona: Veselības apdrošināšanas jaunāka risku parakstītāja Irina Guseva Irina.Guseva@gjensidige.lv
--	--

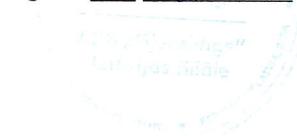
Valsts kontroliera p.i. Inga Vārava

2018.gada 10.



vadītāja Ināra Meija

2018.gada 26. novembrī



Pielikums Nr.3

Pie 2018.gada 26. novembrī

veselības apdrošināšanas līguma Nr. _____

Veselības apdrošināšanas noteikumi Nr.14.9.
Spēkā no 2018.gada 22.augusta

1. Termiņi un definīcijas

- 1.1. **Apdrošinātais** - fiziska persona (Latvijas Republikas pilsonis, pastāvīgais iedzīvotājs, persona ar pastāvīgās uzturēšanās atļauju Latvijas Republikā vai nerezidents), kuras labā ir noslēgts apdrošināšanas līgums.
- 1.2. **Darbinieks** - pie Apdrošinājuma ņēmēja nodarbināta fiziska persona.
- 1.3. **Darbinieka ģimenes loceklis** - fiziska persona, kura radniecību ar Darbinieku var apliecināt dokumentāli.
- 1.4. **Apdrošināšanas objekts** - apdrošinātās personas veselība.
- 1.5. **Apdrošinājuma summa** - Līgumā noteiktā maksimālā naudas summa, par kuru apdrošināta katra apdrošinātā veselība, kas ir maksimālais Apdrošināšanas saistību apmērs, un kas, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, var tikt izmaksāta kā Apdrošināšanas atlīdzība.
- 1.6. **Ārstniecības iestāde** - ārstu prakses, valsts un pašvaldības iestādes, saimnieciskās darbības veicēji un komercsabiedrības, kas reģistrētas ārstniecības iestāžu reģistrā, atbilst normatīvajos aktos noteiktajām obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām un nodrošina ārstniecības pakalpojumus.
- 1.7. **Līgumiestāde** - iestāde vai uzņēmums, ar kuru Apdrošinātājs ir noslēdzis sadarbības līgumu par Apdrošināto personu apkalpošanu saskaņā ar apdrošināšanas programmu. Līgumiestāžu aktuālais saraksts ir publicēts mājas lapā www.gjensidige.lv.
- 1.8. **Ambulatorā iestāde** - ārstniecības iestāde, kur Apdrošinātais saņem primāro vai sekundāro ambulatorās veselības aprūpi, tai skaitā ārstniecību dienas stacionārā, pakalpojumus, kas neietver atrašanos diennakts stacionārā, kā arī rehabilitācijas pakalpojumus.
- 1.9. **Dienas stacionārs** - ārstniecības iestāde (dienas stacionārs), kur Apdrošinātais atrodas ilgāk par 4 stundām, kas neietver uzturēšanos pa nakti.
- 1.10. **Stacionārā iestāde** - ārstniecības iestāde (diennakts stacionārs), kur Apdrošinātais atrodas ilgāk par 24 stundām.
- 1.11. **Veselības veicināšanas iestāde** - iestāde, kas sniedz pakalpojumus veselības stāvokļa uzlabošanai un profilaksei (piemēram, sporta klubs).
- 1.12. **Pieteikums veselības apdrošināšanai** (turpmāk - *Pieteikums*) - Apdrošinājuma ņēmēja aizpildīta veidlapa pirms veselības apdrošināšanas Līguma sagatavošanas, pamatojoties uz Apdrošinātāja sagatavotu veselības apdrošināšanas piedāvājumu.
- 1.13. **Iesniegums atlīdzības saņemšanai** (turpmāk - *Iesniegums*) - Apdrošinātāja noteikta forma apdrošināšanas atlīdzību pieteikšanai, ja Apdrošinātais ir veicis samaksu no personīgiem līdzekļiem par apdrošināšanas programmā paredzētiem pakalpojumiem.
- 1.14. **Apdrošināšanas programma** - Apdrošinājuma ņēmēja izvēlēts un Līgumā noteikts veselības aprūpes pakalpojumu kopums un apmērs, kura apmaksu, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, pilnībā vai daļēji sedz Apdrošinātājs, Apdrošinājuma ņēmēja izvēlētās Apdrošināšanas programmas ietvaros.
- 1.15. **Apdrošināto personu saraksts** - Apdrošinājuma ņēmēja sagatavots un parakstīts dokuments, kurā norādīti Apdrošināto personu dati.
- 1.16. **Klienta individuālā apdrošināšanas karte** (turpmāk - *Karte*) - Apdrošinātāja izsniegt konkrēta parauga dokuments Apdrošinātajam, kas apliecina, ka Apdrošinātais tiesīgs saņemt Apdrošināšanas programmā paredzētos pakalpojumus.

2. Vispārīgie noteikumi

- 2.1. Apdrošināšana ir spēkā Latvijas Republikas teritorijā, ja Puses nav vienojušās citādi.
 - 2.2. Apdrošināšanas līguma izpildē piemērojami šo noteikumu nosacījumi, ja Apdrošināšanas līgumā nav noteikts savādāk.
- ### 3. Apdrošināšanas līguma noslēgšana un premjās apmaksas kārtība
- 3.1. Apdrošināšanas Līgums tiek noslēgts pamatojoties uz riska informāciju, ko iesniedzis Apdrošinājuma ņēmējs veselības apdrošināšanas piedāvājuma saņemšanai un Apdrošinātāja izsniegto piedāvājumu.
 - 3.2. Apdrošināšana stājas spēkā datumā un laikā, kas norādīts Līgumā/Polisē, ar nosacījumu, ka

- Apdrošināšanas prēmijas vai tās pirmās daļas maksājums veikts Līgumā/Polisē norādītajā termiņā un apmērā.
- 3.3. Apdrošināšana ir spēkā līdz Apdrošināšanas perioda pēdējās dienas plkst. 24:00, ja Apdrošināšanas līgums nav izbeigts pirms termiņa.
 - 3.4. Apdrošināšana ir spēkā tikai attiecībā uz Apdrošināšanas programmā paredzētiem pakalpojumiem, kas norādīti Līgumā/Polisē.
 - 3.5. Apdrošināšanas prēmijas vai tās daļas apmaksa jāveic ne vēlāk kā Līgumā/Polisē norādītajā datumā (maksājot prēmiju daļas - saskaņā ar Apdrošināšanas prēmijas apmaksas grafiku), neatkarīgi no tā, vai ir saņemts rēķins.
 - 3.6. Apdrošinājuma ņēmējam ir pienākums informēt Apdrošināto par aizliegumu lietot Karti no brīdinājuma par nepilnīgu Apdrošināšanas prēmijas samaksu saņemšanas dienas līdz dienai, kad veikta pilnīga Apdrošināšanas prēmijas vai tās daļas apmaksa. Ja Apdrošinājuma ņēmējs brīdinājumā noteiktā termiņā un kārtībā neveic Apdrošināšanas prēmijas apmaksu, tam ir pienākums atgriezt Apdrošinātājam visas izsniegtās Kartes 3 (trīs) darba dienu laikā no brīdinājumā norādītā termiņa dienas.
 - 3.7. Ja Apdrošinājuma ņēmējs neievēro noteikumu 3.6. punktā noteikto kārtību, tas, pamatojoties uz Apdrošinātāja atsevišķi piestādītu rēķinu, sedz izdevumus/ zaudējumus, kas radušies laikā, kad Kartes lietošana bija aizliegta.

4. Apdrošinātāja pienākumi un tiesības

4.1. Pienākumi

- 4.1.1. 10 (desmit) darba dienu laikā pēc Līguma noslēgšanas izgatavot Apdrošinātājām personām Kartes un Apdrošināšanas programmas noteikumus un izsniegt tos Apdrošinājuma ņēmējam kopā ar rēķinu apdrošināšanas prēmijas vai tās daļas samaksai;
- 4.1.2. iestājoties apdrošināšanas gadījumam, izmaksāt Apdrošinātājam vai Līgumiestādei apdrošināšanas atlīdzību atbilstoši noslēgtā Līguma noteikumiem.

4.2. Tiesības

- 4.2.1. pēc savstarpējas saskaņošanas ar Apdrošinājuma ņēmēju, Apdrošināšanas programmu noteikumus nosūtīt elektroniski, neizsniedzot tos katrai Apdrošinātājai personai;
- 4.2.2. piedzīt no Apdrošinātā vai Apdrošinājuma ņēmēja radītos zaudējumus, kurus Apdrošinātais atsakās apmaksāt vai atgūt no Apdrošinātā izdevumus par nepamatoti apmaksātiem pakalpojumiem saskaņā ar noteikumu 6.1.8. punktu.
- 4.2.3. izbeigt Kartes darbību, ja Apdrošinātājs konstatē, ka Karti ir izmantojusi cita persona un no Apdrošinātā piedzīt visus ar to radušos zaudējumus. Apdrošināšanas prēmija par šādā veidā izbeigtu Kartes darbību netiek atmaksāta;
- 4.2.4. vienpusēji veikt grozījumus Līgumā, ja tiek konstatētas neatbilstības Apdrošinājuma ņēmēja sākotnēji iesniegtajā informācijā;
- 4.2.5. vienpusēji veikt grozījumus Līgumiestāžu sarakstā, nepasliktinot nosacījumus uz Līguma noslēgšanas brīdi. Attiecīgie grozījumi Apdrošinātājam ir saistoši no brīža, kad tie ir publicēti Apdrošinātāja mājas lapā interneta vietnē www.gjensidige.lv.

5. Apdrošinājuma ņēmēja pienākumi

5.1. Pienākumi

- 5.1.1. pirms Apdrošināšanas līguma noslēgšanas iesniegt Apdrošinātājam Pieteikumu un Apdrošināto personu sarakstu.
- 5.1.2. pēc Apdrošinātāja rakstiska pieprasījuma iesniegt Apdrošinātājam visus pieprasītos dokumentus, kas apliecinā Apdrošinājuma ņēmēja darbinieku skaitu vai satur citu informāciju, kas Apdrošinātājam nepieciešama, lai izvērtētu vai pārliecinātos par Apdrošinājuma ņēmēja iesniegtā Apdrošināto personu saraksta atbilstību šiem noteikumiem.
- 5.1.3. izsniegt personīgi Apdrošinātājam Karti, saņemot parakstu par Kartes saņemšanu un informējot par Apdrošinātāja tiesībām apstrādāt personas datus, tai skaitā personas veselības datus, ar mērķi nodrošināt Apdrošināšanas līguma izpildi.
- 5.1.4. nekavējoties atgriezt Apdrošinātājam Kartes, ja Apdrošināšanas līgums tiek izbeigts vai konkrēto Apdrošinātā Karti, ja tās darbība tiek izbeigta vai noteikumu 3.6. punktā noteiktajā gadījumā.
- 5.1.5. segt Apdrošinātājam radītos zaudējumus vai atmaksāt izdevumus gadījumā, ja Apdrošinātais atsakās no noteikumu 6.1.8. punktā noteiktā pienākuma.
- 5.1.6. ja Līgumā nepieciešamas izmaiņas Apdrošināto skaitā (tas tiek palielināts vai samazināts), tās tiek veiktas saskaņā ar Apdrošināšanas līguma Pielikumā pievienoto izmaiņu veikšanas kartību.

6. Apdrošinātā pienākumi un tiesības

6.1. Pienākums

- 6.1.1. parakstīties par Kartes saņemšanu un iepazīšanos ar Apdrošinātā nosacījumiem.
- 6.1.2. iepazīties ar Apdrošināšanas programmu un ievērot šos noteikumus. Pakalpojumu saņemšanu saskaņot ar Apdrošinātāju atbilstoši Apdrošināšanas programmā noteiktajai kārtībai un termiņiem.
- 6.1.3. gadījumā, ja Karte daļēji vai pilnībā tiek apmaksāta no Apdrošinātā personīgajiem līdzekļiem, pienākums apmaksāt Apdrošinātāja izsniegtā rēķinu par pērijas apmaksu. Šajā gadījumā tiesības saņemt Karti Apdrošinātājam ir tikai pēc Apdrošinātāja izsniegtā rēķina pilnīgas apmaksas.
- 6.1.4. nepieļaut, ka cita persona izmanto Karti. Gadījumā, ja Karti ir izmantojusi cita persona, Apdrošinātājam ir tiesības no Apdrošinātā piedzīt visus ar to radušos zaudējumus, kā arī izbeigt Kartes darbību.
- 6.1.5. pirms pakalpojuma saņemšanas Līgumiestādē, uzrādīt Karti un personu apliecinošu dokumentu (pasi vai ID karty), kā arī ar savu parakstu apstiprināt pakalpojuma saņemšanas faktu.
- 6.1.6. lai saņemtu apdrošināšanas atlīdzību, iesniegt Apdrošinātājam lesniegumu atbilstoši šajos noteikumos un Apdrošināšanas programmā noteiktajai kārtībai un termiņiem.
- 6.1.7. sekot līdzi saņemto pakalpojumu apjomam, lai nepārsniegtu Apdrošināšanas programmā noteikto Apdrošinājuma summu vai Limitus. Gadījumā, ja izmaksātās Apdrošinājuma summas vai Limiti ir sasniegūši Apdrošināšanas līgumā noteikto, Apdrošinātā pienākums ir neizmantot Karti.
- 6.1.8. pienākums segt radītos zaudējumus Apdrošinātājam vai atmaksāt Apdrošinātājam izdevumus par saņemtajiem pakalpojumiem, saskaņā ar Apdrošinātāja iesniegto rēķinu, gadījumos, kad:
- pārsniegta Apdrošinājuma summa vai Limits;
 - saņemti pakalpojumi, kas Apdrošināšanas programmā nav paredzēti;
 - saņemti pakalpojumi pēc Kartes darbības apturēšanas vai izbeigšanas.
- 6.1.9. kartes nozaudēšanas, zādzības vai užvārda maiņas gadījumā, tiks līdz tas iespējams, ziņot Apdrošinājuma ņēmējam. Apdrošinātājs, pamatojoties uz Apdrošinājuma ņēmēja rakstisku iesniegumu, izdod Apdrošinātā Kartes dublikātu.
2. Tiesības
- 6.1.1. saņemt veselības apdrošināšanas pakalpojumus atbilstoši noslēgtajam Apdrošināšanas līgumam starp Apdrošinājuma ņēmēju un Apdrošinātāju un attiecīgās Apdrošināšanas programmas noteikumiem.
- 6.1.2. saņemt no Apdrošinātāja informāciju par Apdrošināšanas programmu un tajā ietvertajiem pakalpojumiem, kā arī Apdrošinātā personīgo Limitu. Informāciju par Apdrošināto izsniedz personīgi Apdrošinātājam tikai pamatojoties uz rakstisku pieprasījumu vai elektroniski, ja iepriekš rakstveidā iesniegtā lesniegumā Apdrošinātājs norādījis savu e-pasta adresi.

Apdrošināšanas atlīdzība

Apdrošināšanas atlīdzība izmaksājama Apdrošinātājam, ja ir iestājies Apdrošināšanas gadījums un Apdrošinātās apmaksājīs izdevumus par saņemtajiem pakalpojumiem. Apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai Apdrošinātās vai tā pārstāvis aizpilda lesniegumu un pievieno Apdrošināšanas programmā noteiktos dokumentus. Apdrošinātās lesniegumu iesniedz ne vēlāk kā vienu mēnesi pēc Kartes perioda beigām. Gadījumā, ja atlīdzību piesaka vai saņem Apdrošinātā pārstāvis, Apdrošinātājam ir tiesības pieprasīt iesniegt vai uzrādīt Apdrošinātājam dokumentu (oriģinālu), kas apliecinā pārstāvības pilnvarojumu (piemēram, bērna dzimšanas apliečība, tiesas spriedums vai pilnvara). Apdrošinātājam ir tiesības pieprasīt Apdrošinātājam dokumentus, kas saistīti ar apdrošināšanas gadījumu un apdrošināšanas atlīdzības noteikšanu. Izdevumu atlīdzīšanai piemēro kompensācijas principu, nepārsniedzot Apdrošināšanas programmā norādīto Apdrošināšanas atlīdzības apmēru. Kopējā izmaksājamā apdrošināšanas atlīdzība par vienu vai vairākiem apdrošināšanas gadījumiem apdrošināšanas līguma darbības laikā nedrīkst pārsniegt apdrošināšanas programmas apdrošinājuma summu. Apdrošināšanas līgums pēc apdrošināšanas atlīdzības izmaksas paliek spēkā starpības apmērā starp sākotnējo apdrošinājuma summu un izmaksāto atlīdzību.

Izmēumi

Par apdrošināšanas gadījumu netiek uzskatīts un apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta, ja apdrošināšanas gadījumu izraisīja kāds no vispārējiem izņēmumiem:

- notikums, kas neatbilst konkrētajam Apdrošināšanas līguma veidam;
- apdrošinātās risks, kas nav norādīts Apdrošināšanas līgumā;

- 8.1.3. ārstniecības pakalpojumi saņemti ārpus Latvijas Republikas vai Apdrošināšanas līgumā norādītās teritorijas, ārpus Apdrošināšanas līguma darbības perioda; vairāk kā gadu pēc nosūtījuma izsniegšanas datuma;
- 8.1.4. ārstniecības pakalpojumi, ja tie nav iekļauti apmaksājamo pakalpojumu sarakstā vai Apdrošināšanas līguma noslēgšanas brīdī Latvijā nav bijuši pieejami;
- 8.1.5. ārstniecības pakalpojumi, kas izvēlētajā Apdrošināšanas programmā minēti kā neapmaksājami;
- 8.1.6. ārstniecības pakalpojumus sniegusi persona, kura nav reģistrēta Ārstniecības personu reģistrā vai sniegtais pakalpojums neatbilst ārstniecības personas sertifikātam vai ārstniecības iestāde nav reģistrēta ārstniecības iestāžu reģistrā un ārstniecības personas darbība vai sniegtais pakalpojums neatbilst normatīvajos aktos noteiktajām obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām;
- 8.1.7. ārpus Ārstniecības iestādes adreses (izbraukumā) veikti jebkuri medicīniskie pakalpojumi, kas nav rakstiski saskaņoti ar Apdrošinātāju;
- 8.1.8. anonīmi vai bez ārsta nozīmējuma veikti ārstniecības pasākumi, kas nav medicīniski pamatooti, tai skaitā izmeklējumi, manipulācijas, kuri tiek saņemti bez medicīniskām indikācijām;
- 8.1.9. izdevumiem, kas nav saskaņoti, ja to paredz Apdrošināšanas programmas nosacījumi;
- 8.1.10. par Apdrošinātā ārstēšanos Stacionārā iestādē, ja ārstēšanos var veikt ambulatori;
- 8.1.11. Apdrošinātās, atrodoties Stacionārā iestādē, vienlaicīgi saņemis maksas ambulatoros pakalpojumus vai ambulatoro rehabilitāciju;
- 8.1.12. izmeklējumi un konsultācijas ārvalstu vīzu noformēšanai;
- 8.1.13. Apdrošinātā kopšanas un aprūpes līgumi, radinieka vai tuvas personas uzturēšanās stacionārā;
- 8.1.14. izglītojoši informatīvas nodarbības un lekcijas;
- 8.1.15. medicīnisko dokumentu noformēšana un medicīnisko izmeklējumu izdrukas vai ieraksti (t.sk. rentgenogrammas, to izdrukas, CD-ieraksti un citi elektroniskie datu nesēji) kā atsevišķi pakalpojumi;
- 8.1.16. medicīnas preces up iekārtas (t.sk. tehniskās protezēšanas un ortozēšanas izstrādājumiem, elastīgās un pēcoperācijas saites, stājas korektori), inkotinences un higiēnas līdzekļi, operācijā izmantojamie audu aizstājējmateriāli, implanti, vienreizlietojami augstas tehnoloģijas instrumenti, u.tml.);
- 8.1.17. ārstu honorāri vai ar ārstniecību nesaistīti pakalpojumi, maksa par ārsta izvēli operācijās, ārstu konsiliji, administratīvie izdevumi, Stacionārā iestādē individuālo posteni;
- 8.1.18. izdevumi, kas radušies par profesionālā sporta rezultātā gūtām traumām vai miesas bojājumiem;
- 8.1.19. Apdrošinātā tīša darbība, kas nodara kaitējumu veselībai, tai skaitā Apdrošinātā pašnāvība, pašnāvības mēģinājums, sevis pakļaušana ārkārtējām briesmām, izņemot cilvēka dzīvības glābšanas gadījumu;
- 8.1.20. Apdrošinātajam izdarot noziedzīgu nodarījumu vai pārkāpumu, kā arī piedaloties tajā, ja stājies spēkā notiesājošs spriedums vai lēmums;
- 8.1.21. radioaktīvā saindēšanās, piesārnojuma, dabas katastrofu, pandēmijas rezultātā, kara darbība, iebrukumi, pilsoņu kari, kara radītās sekas, revolūcijas, dumpji, sacelšanās, apvērsumi, masu nekārtības, streiki, diversijas un terora akti;
- 8.1.22. Apdrošināšanas līgums noslēgts nolūkā ar Apdrošinātāja starpniecību segt nepieciešamu vai plānotu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu;
- 8.1.23. Apdrošināšanas gadījums, kas saistīts ar maksas pakalpojumiem Stacionāra iestādē, iestājās 30 dienas pēc Kartē norādītā līguma darbības perioda sākuma un pirms Kartes saņemšanas Apdrošinātajam jau bija nepieciešams konkrētais pakalpojums (neattiecas uz atkārtoti noslēgtu Apdrošināšanas līgumu).
- 8.2. Ja noslēgtajā Apdrošināšanas līgumā nav tieši un nepārprotami norādīts pretējais (atrūnāti speciālie izņēmumi vai programmā iekļauts kā apmaksājams pakalpojums), par Apdrošināšanas gadījumu netiek uzskatīts un apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta, ja apdrošināšanas gadījumu izraisīja kāds no speciālajiem izņēmumiem:
- 8.2.1. valsts veselības aprūpes budžeta apmaksājami pakalpojumi: slimību ārstniecība un dinamiska novērošana onkoloģijā, fiziatrijā, hematoloģijā, hepatoloģijā, imunoloģijā, kombustioloģijā;
- 8.2.2. ārstniecības pakalpojumiem (t.sk. maksa par konsultācijām, izmeklējumiem, procedūrām), kas saistīti ar mikroķirurģisko, kosmētisko, plastisko, bariatrisko, rekonstruktīvo ārstniecību; lāzerķirurģisko, invazīvo un estētisko dermatoloģiju; trihologiju; plazmaferēzi; imunoterapiju; miega traucējumu ārstniecību; zobārstniecību (t.sk. 3D CT/DT stomatoloģijā), logopēdiju,

- foniatruju; invazīvo radioloģiju un kardioloģiju, elektrokardiostimulāciju; kapsulas endoskopiju; intravitreālās injekcijas; litotripsijs; baroterapiju; pozitronu emisijas tomogrāfiju (PET/ECT);
- 8.2.3. paātrinātā vakcinācija un apskate pirms vakcinācijas, ja tā ir izdalīta kā atsevišķs pakalpojums;
- 8.2.4. foto, lāzera, mehānisko un elektromagnētisko viļņu procedūras, terapija un operācijas; maksas neiroķirurģiskās, muguraula operācijas, vēnu, sirds, asinsvadu, redzes korekcijas operācijas un ar tām saistītās izmaksas;
- 8.2.5. uztura speciālists, svara samazināšanas programmas un pasākumi, dietoloģija; vielmaiņas saslimšanas un osteoporozes ārstniecība (t.sk. osteodensitometrija); laktoses intolerances tests, farmakoģenētiskie izmeklējumi (t.sk. personas genotipa testi), celiakijas ārstniecība;
- 8.2.6. sporta ārstu pakalpojumi (t.sk. slodzes testi) un tehniskā ortopēda, podologa un podiatra (t.sk. pēdu aprūpi) ārstniecības pakalpojumi, varikozu vēnu ārstniecība (t.sk. flebologa konsultācijas un USG), kaulu un saistaudu deformāciju ārstniecība;
- 8.2.7. seroloģiskā, imunoloģiskā, viroloģiskā ārstniecība;
- 8.2.8. specifiski laboratoriskie izmeklējumi (piem. fēču izmeklējums - kalprotektīns, kardioloģiskie markieri - homocisteīns, BNP; analīzes uz disbiozi; Ērču encefalīta vīrusa IgG u.c.);
- 8.2.9. psihiatriskā, psiholoģiskā, psihoterapeitiskā, seksopatoloģiskā ārstniecība; hipnoze;
- 8.2.10. seksuāli transmisīvo slimību ārstniecība; HIV un AIDS, spirohetu, spermas izmeklējumi, hlamīdiju infekcijas slimību diagnostika un ārstēšana, sēnīšu slimību ārstēšana;
- 8.2.11. ģimenes plānošana (t.sk. mākslīgā apaugļošana), neauglības ārstniecība un izmeklēšana (t.sk. olvadu caurlaidības pārbaudes), diagnostiskās laparoskopiskās, saaugumu atdalīšanas un olvadu caurlaidības pārbaudes operācijas ginekoloģijā, Anti Millera hormona noteikšana; androloģijas, ģenētikas, reproduktoloģijas un embrioloģijas pakalpojumi; grūtniecības pārtraukšana bez medicīniskām indikācijām un tās seku ārstēšanu, iedzimtu saslimšanu ārstniecība, neonatoloģija, 3 un 4D izmeklējumi (t.sk. saistībā ar grūtniecību); maksas grūtniecības pakalpojumi un maksas dzemdību palīdzība;
- 8.2.12. vispārējā bezkontakta, vakuuma, šejas, prostatas un ginekoloģiskā masāža, baroterapija, reitterapija, hidrokolonterapija, limfodrenāžu u.c.; celulīta ārstēšana, ambulatorā rehabilitācija nesertificētos kabinetos (SPA centri, Sporta klubi u.tml.), kas veikta ārpus sertificētām ārstniecības iestādēm; homeopātiskā ārstniecība; netradicionālās, papildinošās (komplementārās) medicīnas pakalpojumi; netradicionālā ārstniecība (Folla un iridodiagnostika, adatu terapiju, punktu masāža, akupunktūra u.c.); osteoterapija un refleksoterapija, floutinga seansi u.tml.;
- 8.2.13. alkoholisma, narkomānijas, toksikomānijas diagnostiku un ārstēšanu, tai skaitā, veselības traucējumus sakarā ar alkoholu, narkotisko, toksisko vielu lietošanu;
- 8.2.14. veselības profilakses pakalpojumi un vispārējā ķermeņa diagnostika (check-up, imago-aurum, biorezonances u.tml.).

Pielikums Nr.4

Pie 2018.gada 26.novembrs

veselības apdrošināšanas līguma Nr. _____



ADB "Gjensidige" Latvijas filiāle
Reģ.Nr. 40103595216
Brīvības iela 39, Rīga
Rīga, LV-1010, Latvija
Tālrunis: 67112222
Fakss: 67106444
E-mail: info@gjensidige.lv
www.gjensidige.lv

Spēkā no 22.08.2018.

Pielikums pie veselības apdrošināšanas noteikumiem Nr.14.9.

Izmaiņu veikšanas kārtība:

1. Līguma darbības laikā ir iespējams izdarīt izmaiņas apdrošināto darbinieku sarakstā, reizi mēnesī iesniedzot Apdrošinātājam informāciju par izmaiņām apdrošināto darbinieku sarakstā, ja starp Apdrošinājuma ņēmēju un Apdrošinātāju nav cita vienošanās:

1.1. Palielinoties Apdrošinājuma ņēmēja darbinieku skaitam līguma darbības laikā:

Apdrošināšanas prēmijas jaunajiem Apdrošinātajiem darbiniekiem tiek aprēķinātas par katras jaunās Klienta individuālās apdrošināšanas kartes (turpmāk *Karte*) faktisko darbības laika periodu līdz līguma darbības beigām, ieskaitot mēnesi, kad *Karte* stājusies spēkā, gada apdrošināšanas prēmijas 12. daļu reizinot ar šo mēnešu skaitu;

1.2. Ja līguma darbības laikā Apdrošinājuma ņēmēja darbinieku skaits samazinās un ir atgriezta Apdrošinātājam *Karte*, Apdrošinātājs pārtrauc attiecīgās *Kartes* darbību sekojoši:

1.2.1. Apdrošinātājs veic apdrošināšanas prēmijas pārrēķinu par faktisko apdrošinājuma laiku, atbilstošās Veselības programmas apdrošināšanas gada prēmijas 12. daļu reizinot ar nostrādāto pilno mēnešu skaitu no līguma darbības sākuma, ieskaitot mēnesi, kad *Karte* tiek pārtraukta un, pēc Apdrošinājuma ņēmēja iesnieguma atgriež tā kontā pārmaksāto apdrošināšanas prēmiju, izņemot 1.2.2 punktā minēto gadījumu.

1.2.2. *Karte* tiek slēgta ar pilno atvēršanas prēmiju gadījumā, ja līguma darbības laikā *Karte* ir bijusi nozaudēta un tās vietā izsniegta jauna;

2. Ja Apdrošinājuma ņēmēja darbinieku skaits nemainās un atbrīvoto darbinieku vietā vienlaicīgi uz tiem pašiem nosacījumiem (programmu noteikumiem) tiek pieņemti jauni darbinieki, kopējā apdrošināšanas prēmija nemainās un ir atgriezta Apdrošinātājam *Karte*, Apdrošinātājs pārtrauc attiecīgās *Kartes* un to vietā izsniedz *Kartes* jaunajiem darbiniekiem, nepārrēķinot apdrošināšanas prēmiju.

Pielikums Nr.5

Pie 2018.gada 26.novembrī
veselības apdrošināšanas līguma Nr. 12



ADB „Gjensidige” Latvijas filiāle
Reg.Nr. 40103595216
Brīvības iela 39
Rīga, LV-1010, Latvija
Tālrunis: 67112222
Fakss: 67106444
E-mail: info@gjensidige.lv
www.gjensidige.lv

2018.gada 16.novembrī
Nr.02-1/3765

iepirkumam
“VALSTS KONTOLES DARBINIEKU
VESELĪBAS APDROŠINĀŠANA”

ID.Nr.LRVK2018/3

APLIECINĀJUMS

ADB „Gjensidige” Latvijas filiāle, tās vadītājas Ināras Meijas personā, apliecina, ka pretrunu gadījumā starp iesniegto tehnisko piedāvājumu un veselības apdrošināšanas noteikumiem Nr.14.9. juridiskām personām, noteicošais ir tehniskais piedāvājums.

Pretendenta pārstāvis

ADB “Gjensidige” Latvijas filiāles vadītāja

The signature is handwritten in blue ink and placed over the printed name "Ināra Meija". Below the signature is a blue circular seal with the text "Gjensidige" and "Latvijas filiāle" around the perimeter, with "Veselības apdrošināšana" in the center.

I.Guseva
67106357

Pielikums Nr.6

Pie 2018.gada 26.novembr

veselības apdrošināšanas līguma Nr. _____



ADB „Gjensidige” Latvijas filiāle
Reģ.Nr. 40103595216
Brīvības iela 39
Rīga, LV-1010, Latvija
Tālrunis: 67112222
Fakss: 67106444
E-mail: info@gjensidige.lv
www.gjensidige.lv

Iepirkumam
„Valsts kontroles darbinieku veselības apdrošināšana”
Iepirkuma identifikācijas numurs LRVK2018/3

FINANŠU PIEDĀVĀJUMS VESELĪBAS APDROŠINĀŠANAS PAMATPROGRAMMAI

Pretendenta piedāvātās apdrošināšanas prēmijas Tehniskās specifikācijās noteiktajam minimālo prasību līmenim atbilstošajai veselības apdrošināšanas programmai:

Rindas Nr.	Programmas nosaukums	Gada prēmija 1 (vienam) darbiniekam, EUR	Kopējā gada prēmija, apdrošinot 180 (viens simts astoņdesmit) strādājošos, EUR
1.	Pamatprogramma (atbilstoši tehniskajai specifikācijai)	213.00	38340.00
Kopā:			38340.00

Pretendenta paraksts:

Vārds, uzvārds

Amats

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Ināra Meija".

Ināra Meija

ADB "Gjensidige" Latvijas filiāles vadītāja

Z.V.