

LĪGUMS Par darbinieku veselības apdrošināšanu

Apdrošinājumaņēmēja Nr. _____
Apdrošinātāja Nr. LVB1_3001/07-11-2018-429

Rīgā,

2018.gada 19.jūlijā

Labklājības ministrija, nodokļu maksātāja reģistrācijas numurs: 90000022064, adrese: Skolas iela 28, Rīgā, LV-1331, kuras vārdā saskaņā ar Ministru kabineta 2004.gada 27.janvāra noteikumiem Nr.49 "Labklājības ministrijas nolikums" rīkojas tās valsts sekretāra p.i. Indra Kārklīņa, turpmāk – Apdrošinājumaņēmējs, no vienas puses, un

AAS „BTA Baltic Insurance Company”, vienotais reģistrācijas numurs: 40103840140, pievienotās vērtības nodokļa maksātāja numurs: LV40103840140, juridiskā adrese: Sporta iela 11, Rīga, LV-1013, tās Korporatīvo klientu departamenta direktores Lauras Mežakas personā, kura rīkojas 2018. gada 11. jūnija pilnvaras Nr. LVB1_3001/02-02-2018-496, turpmāk – Apdrošinātājs, no otras puses,

turpmāk abi kopā – Puses, katrs atsevišķi – Puse, pamatojoties uz Labklājības ministrijas atklāta konkursa „Labklājības ministrijas, tās padotībā esošo iestāžu un kapitālsabiedrības, kurā ministrija ir valsts kapitāla daļu turētāja, darbinieku veselības apdrošināšana", iepirkuma identifikācijas Nr. LRLM2018/28-3-02/11, turpmāk – Iepirkums, Iepirkuma komisijas 2018. gada 28. jūnija lēmumu, ievērojot Valsts un pašvaldību institūciju amatpersonu un darbinieku atlīdzības likuma 37. pantu, noslēdz šādu līgumu (turpmāk – Līgums):

1. LĪGUMĀ LIETOTIE TERMINI

- 1.1. **darbinieki** – Apdrošinājumaņēmēja nodarbinātās personas (Līguma 2.pielikums), kuru veselība tiek apdrošināta.
- 1.2. **polise** – dokuments, kas apliecina Līguma noslēgšanu un ietver Līguma noteikumus, kā arī visus Līguma grozījumus un papildinājumus, par kuriem Apdrošinātājs un Apdrošinājumaņēmējs ir vienojušies Līguma darbības laikā.
- 1.3. **piedāvājums** – Apdrošinātāja iesniegtais piedāvājums Iepirkumā.
- 1.4. **karte** – darbiniekiem izsniegta plastikāta karte kā apliecinājums, ka tajā minētās personas veselība ir apdrošināta saskaņā ar Apdrošinātāja programmu. Karte apliecina darbinieka tiesības saņemt ārstnieciskos pakalpojumus, kurus saskaņā ar programmu, noteikumiem un Līgumu apmaksā Apdrošinātājs.
- 1.5. **programma** – polisē un veselības apdrošināšanas noteikumos noteiktais ārstniecisko pakalpojumu kopums (Līguma 4.pielikums).
- 1.6. **prēmija** – maksājums Apdrošinātājam par darbinieku veselības apdrošināšanu, ko saskaņā ar Līgumā noteikto apmēru un apmaksas termiņiem veic Apdrošinājumaņēmējs. Prēmijas apjoms nosakāms saskaņā ar Iepirkumā iesniegto Apdrošinātāja finanšu piedāvājumu.
- 1.7. **apdrošinājuma summa** – polisē noteiktā maksimālā vienam darbiniekam izmaksājamo atlīdzību kopsumma.
- 1.8. **atlīdzība** – ar darbinieku veselības aprūpi saistīto izdevumu apmaksā, ko Apdrošinātājs veic, pamatojoties uz līgumiestāžu piedādītajiem rēķiniem par darbiniekiem sniegtajiem pakalpojumiem, ja tie sniegti un saņemti saskaņā ar polisi, programmu un Līgumu. Gadījumos, kad minētie pakalpojumi saņemti ārpus līgumiestāžu loka, un, ja atlīdzība par tiem paredzēta polisē, programmā un Līgumā, Apdrošinātājs kompensē radušos izdevumus, pamatojoties uz darbinieku iesniegtajiem atlīdzības pieteikumiem un tiem pievienoto maksājumu apliecinājošo dokumentāciju.
- 1.9. **periods** – polises darbības termiņš, kura ietvaros radušās un ar veselības aprūpi saistītās darbinieku izmaksas sedz Apdrošinātājs, izmaksājot atlīdzības.
- 1.10. **līgumiestāde** – Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktā kārtībā reģistrēta ārstniecības iestāde, ar kuru Apdrošinātājs ir noslēdzis sadarbības līgumu un kur norēķinus par ārstnieciskajiem pakalpojumiem darbinieks veic, izmantojot karti.

2. LĪGUMA PRIEKŠMETS. LĪGUMA UN POLISES DARBĪBAS LAIKS

- 2.1. Apdrošinājumaņēmējs pasūta un apmaksā, un Apdrošinātājs sniedz Apdrošinājumaņēmējam tā darbinieku veselības apdrošināšanas pakalpojumu saskaņā ar Iepirkuma Nolikumu, Apdrošinātāja iesniegto piedāvājumu Iepirkumā (t.sk. Tehnisko piedāvājumu un Finanšu piedāvājumu), kas ir Līguma neatņemamas sastāvdaļas, un Latvijas Republikas spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem.
- 2.2. Līguma 2.1.punktā norādīto pakalpojumu Apdrošinātājs nodrošina 2 (divus) kalendāros gadus, jeb 24 (divdesmit četrus) kalendāros mēnešus, garantējot pakalpojuma nepārtrauktību 24 (divdesmit četras) stundas diennaktī.
- 2.3. Līgums stājas spēkā tā abpusējas parakstīšanas brīdī, ir spēkā visā Latvijas Republikas teritorijā un tiek noslēgts par pakalpojuma izpildi uz laiku no 2018. gada 1. augusta līdz 2020. gada 31. jūlijam. Līgums ir spēkā līdz visu tajā minēto saistību pilnīgai izpildei un tiesību izlietošanai.
- 2.4. Karte Apdrošinājumaņēmēja darbiniekam, kurš tiek apdrošināts, tiek izsniegta uz laika periodu 12 (divpadsmit) mēneši katru Līguma darbības gadu, bet ne ilgāk par Līguma darbības gala termiņu.

3. APDROŠINĀJUMA SUMMA

Apdrošinājuma summa jebkurai valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu pacientu iemaksai, līdzmaksājumam, maksas ambulatorai un stacionārai veselības aprūpei vienam darbiniekam, kas apdrošināts saskaņā ar Apdrošinātāja piedāvāto pamatprogrammu vienam 1 (vienam) gadam ir EUR 3000 (trīs tūkstoši eiro).

4. APDROŠINĀŠANAS PRĒMIJA UN NORĒĶINU KĀRTĪBA

- 4.1. Apdrošināšanas prēmija vienam Apdrošinājumaņēmēja darbiniekam, kurš apdrošināts, saskaņā ar pamatprogrammu par 12 mēnešu periodu ir **EUR 210,00 (divi simti desmit euro un 00 centi)**.
- 4.2. Kopējā apdrošināšanas prēmija Apdrošinājumaņēmēja darbinieku veselības apdrošināšanai visā Līguma darbības periodā saskaņā ar apdrošināto darbinieku sarakstu Līguma noslēgšanas brīdī ir **EUR 77 700.00 (septiņdesmit septiņi tūkstoši septiņi simti euro 00 centi)**. Kopējais apdrošināšanas prēmijas apmērs Līguma darbības laikā var mainīties atkarībā no apdrošināto darbinieku skaita izmaiņām.
- 4.3. Līguma darbības laikā 1 (vienas) apdrošinātās personas apdrošināšanas prēmijas apmērs nevar tikt palielināts.
- 4.4. Apdrošinājumaņēmēja Darbiniekiem ir iespēja saņemt apdrošināšanas polises pēc saviem ieskatiem, izvēloties un apmaksājot no personīgajiem līdzekļiem prēmiju par papildprogrammu saskaņā ar Līguma 9. pielikumu "Finanšu piedāvājums".
- 4.5. Kopējo apdrošināšanas prēmiju Apdrošināšanasņēmējs apmaksā divos maksājumos Līguma 4.6. un 4.7. punktos noteiktajā kārtībā.
- 4.6. Apdrošinājumaņēmējs norēķinus par 1 (pirmo) Līguma darbības gadu samaksā saskaņā ar šādu kārtību:
 - 4.6.1. apdrošināšanas sākotnējo prēmiju, ko veido Līguma 2. pielikumā minētajiem darbiniekiem izsniegto polišu skaits un Līguma 4.1.apakšpunktā noteiktā apdrošināšanas prēmija vienam darbiniekam, t.i., EUR 38 850.00 (trīsdesmit astoņi tūkstoši astoņi simti piecdesmit euro 00 centi) apmērā, pārskaita 10 (desmit) darba dienu laikā no pieņemšanas un nodošanas akta parakstīšanas par karšu saņemšanu, un grāmatvedības attaisnojuma dokumenta elektroniskā formātā (turpmāk – elektronisks rēķins) saņemšanas uz Apdrošinātāja elektroniskā rēķinā norādīto kontu;
 - 4.6.2. norēķini un savstarpējā salīdzināšana par periodā līdz 2018. gada 1. oktobrim papildus izsniegtajām un atgrieztajām polisēm darbiniekiem savstarpēji tiek veikti ne vēlāk kā līdz 2018. gada 10. oktobrim;
 - 4.6.3. norēķini un savstarpējā salīdzināšana par papildus izsniegtajām un atgrieztajām polisēm darbiniekiem par periodu no 2018. gada 1. oktobra līdz Līguma 1. (pirmā) darbības gada beigām tiek veikta 12 (divpadsmit) mēnešus pēc Apdrošinājumaņēmēja darbiniekiem sākotnēji izsniegto karšu darbības sākuma datuma.
- 4.7. Apdrošinājumaņēmējs norēķinus par 2. (otro) Līguma darbības gadu samaksā saskaņā ar šādu kārtību:

- 4.7.1. apdrošināšanas prēmiju par 2. (otro) Līguma darbības gadu samaksā 10 (desmit) darba dienu laikā no Apdrošinātāja elektroniskā rēķina, kurš sagatavots ņemot vērā Līguma 4.6.3.apakšpunkta kārtībā veiktās savstarpējās salīdzināšanas rezultātu, saņemšanas dienas, pārskaitot tajā norādīto naudas summu uz Apdrošinātāja elektroniskā rēķinā norādīto kontu;
- 4.7.2. norēķini un savstarpējā salīdzināšanās par periodā līdz 2019. gada 1. oktobrim papildus izsniegtajām un atgrieztajām polisēm darbiniekiem savstarpēji tiek veikti ne vēlāk kā līdz 2019. gada 10. oktobrim;
- 4.7.3. savstarpējā salīdzināšana un norēķini par papildus izsniegtajām un atgrieztajām polisēm darbiniekiem par periodu no 2019. gada 1. oktobra līdz Līguma 2. (otrā) darbības gada beigām tiek veikta 10 (desmit) darba dienu laikā no Apdrošinātāja vai Apdrošinājuma ņēmēja elektroniskā rēķina saņemšanas dienas pārskaitot tajā norādīto naudas summu uz Apdrošinātāja vai Apdrošinājuma ņēmēja elektroniskā rēķinā norādīto kontu.
- 4.8. Darbinieki, kuri iegādāsies papildapdrošināšanu (papildprogrammas) saskaņā ar Līguma 4.4. punktā noteiktajām prēmijām, par saviem personīgajiem līdzekļiem, veiks norēķinus personīgi 10 (desmit) darba dienu laikā pēc saraksta iesniegšanas Apdrošinātājam un Apdrošinātāja rēķina izrakstīšanas. Apdrošinātājs sagatavos rēķinus individuāli katrai personai un iesniegs tos Apdrošinājuma ņēmējam. Apdrošinājuma ņēmējs saņemtos rēķinus izsniegs darbiniekiem apmaksai.
- 4.9. Par Līguma 4.6.1., 4.7.1.apakšpunktā noteikto maksājumu samaksas veikšanas dienu tiek uzskatīta diena, kad Apdrošinājuma ņēmēja maksājums ir izpildīts Valsts kases interneta maksājumu apstrādes sistēmā.
- 4.10. Apdrošināšanas prēmijas daļas starpību starp Līguma 4.6.2., 4.6.3., 4.7.1. un 4.7.2.apakšpunktā minētajiem savstarpējiem norēķiniem Apdrošinātājs ietur kā avansu turpmākajiem apdrošināšanas prēmijas maksājumiem.
- 4.11. Apdrošināšanas prēmija par papildu darbiniekiem, kuri apdrošināmi Līguma darbības laikā ir aprēķināma proporcionāli apdrošināšanas kartes darbības laika izmantojamiem pilniem mēnešiem, ņemot vērā atlikušo Līguma darbības periodu.
- 4.12. Apdrošināšanas prēmija par darbiniekiem, kuri izslēdzami no Apdrošinājuma ņēmēja apdrošināto darbinieku saraksta, ir aprēķināma proporcionāli apdrošināšanas kartes darbības laika izmantotajiem pilniem mēnešiem.
- 4.13. Ja apdrošināšanas prēmijas atlikums par darbiniekiem, kuri izslēdzami no Apdrošinājuma ņēmēja apdrošināto darbinieku saraksta, tiek izmantots apdrošināšanas prēmijas apmaksai par papildu darbiniekiem, kuri apdrošināmi Līguma darbības laikā, aprēķinot apdrošināšanas prēmijas atlikumus, Apdrošinātājs nav tiesīgs ņemt vērā izmaksātās apdrošināšanas atlīdzības u.c. administratīvās izmaksas.
- 4.14. Norēķiniem Apdrošinājuma ņēmējs izmanto institūcijas pamatdarbības, starptautiskās palīdzības, Eiropas Savienības politiku instrumentu un pārējās ārvalstu finanšu palīdzības līdzfinansēto un finansēto projektu finansējumu. Rēķinos Apdrošinātājs izdala apmaksājamo prēmiju summu atbilstoši finansēšanas avotam, t.sk. norāda, no kura Apdrošinājuma ņēmēja projekta bankas konta attiecīgā summa apmaksājama saskaņā ar Apdrošinājuma ņēmēja sniegto informāciju.
- 4.15. Apdrošinātājs apliecina, ka Apdrošināšanas prēmijas apmēru neietekmēs medicīnas pakalpojumu cenu izmaiņas Līguma darbības laikā.
- 4.16. Ja Apdrošinājuma ņēmējs nav savlaicīgi veicis apdrošināšanas prēmijas maksājumus, Apdrošinātājs ir tiesīgs pieprasīt no Apdrošinājuma ņēmēja līgumsodu. Apdrošinājuma ņēmējam jāmaksā līgumsods 0,1% apmērā no laikā nesamaksātā apdrošināšanas prēmijas maksājuma par katru nokavējuma dienu, bet ne vairāk kā 10% apmērā no nesamaksātās summas.
- 4.17. Ja Apdrošinātājs nav savlaicīgi Apdrošinājuma ņēmēja pilnvarotai personai iesniedzis darbinieku veselības apdrošināšanas polises, Apdrošinājuma ņēmējs ir tiesīgs pieprasīt no Apdrošinātāja līgumsodu. Apdrošinātājam jāmaksā līgumsods 0,1% apmērā no laikā neizsniegto veselības apdrošināšanas polišu kopējās apdrošināšanas prēmijas par katru nokavējuma dienu, bet ne vairāk kā 10% apmērā no kopējās apdrošināšanas prēmijas.

5. DATU AIZSARDZĪBA

- 5.1. Apdrošinājuma ņēmējs un Apdrošinātājs apņemas ievērot fizisko personu datu aizsardzības normatīvo aktu prasības.
- 5.2. Parakstot Līgumu, Apdrošinājuma ņēmējs apliecina, ka ir saņēmis rakstisku darbinieku piekrišanu viņu datu apstrādei šī Līguma izpildes vajadzībām, atļauj Apdrošinātājam 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 atlīdzību regulēšanai saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu un citiem Latvijas Republikā spēkā esošiem normatīvajiem aktiem.

6. PUŠU TIESĪBAS UN PIENĀKUMI

- 6.1. Lai nodrošinātu Līguma izpildi, Apdrošinājuma ņēmējs apņemas:
 - 6.1.1. iesniegt Apdrošinātājam polises sagatavošanai nepieciešamo informāciju par darbiniekiem elektroniskā veidā, nosūtot to uz atbildīgās personas e-pastu: **roberts.aparjods@bta.lv**, norādot darbinieka vārdu, uzvārdu, personas kodu, apdrošināšanas periodu; Sākotnējo apdrošināmo darbinieku sarakstu Apdrošinājuma ņēmējs pievieno Līgumam kā 2.pielikumu Līguma noslēgšanas dienā; Izmaiņas apdrošināmo darbinieku sarakstā Apdrošinājuma ņēmējs izdara pēc nepieciešamības, bet ne biežāk, kā 1 reizi mēnesī, informējot Apdrošinātāju par izmaiņām Līgumā noteiktajā kārtībā;
 - 6.1.2. ievērot polises (Līguma 1.pielikums), veselības apdrošināšanas noteikumu un Līguma nosacījumus;
 - 6.1.3. ar SIA EURORISK LATVIA starpniecību informēt apdrošinātos darbiniekus par veselības apdrošināšanas līguma noteikumiem, apdrošināšanas līguma izmantošanas iespējām, Apdrošinātājam iesniedzamo dokumentu pareizu noformēšanu un par citiem jautājumiem, kas saistīti ar minēto pienākumu izpildi;
 - 6.1.4. darbiniekiem izsniegt tiem paredzētās kartes un citus Apdrošinātāja sagatavotos materiālus, kas papildina karti un paredzēti individuālai lietošanai (piemēram, īss programmas apraksts, Apdrošinātāja kontaktinformācija) pēc to saņemšanas no Apdrošinātāja;
 - 6.1.5. veikt apdrošināšanas prēmiju maksājumus saskaņā ar Apdrošinātāja iesniegtajiem rēķiniem šajā Līgumā noteiktajā kārtībā un termiņos;
 - 6.1.6. rakstiski informēt Apdrošinātāju par apdrošinātajiem darbiniekiem, kuri jāizslēdz no polisē minēto apdrošināto personu saraksta, vienlaicīgi ar rakstisko paziņojumu iesniedzot arī viņu apdrošināšanas kartes un citu individuāli noformēto polises dokumentāciju.
 - 6.1.7. izsniegt darbiniekiem, kuri izvēlējušies papildprogrammas ar darbinieka līdzfinansējumu, darbinieku individuālos rēķinus papildprogrammu apmaksai;
 - 6.1.8. izsniegt darbiniekiem, kuri izvēlējušies papildprogrammas ar darbinieka līdzfinansējumu, kartes tikai pēc papildprogrammas apmaksu apliecināša dokumenta (maksājuma uzdevuma) saņemšanas no darbinieka.
- 6.2. Apdrošinājuma ņēmēja tiesības:
 - 6.2.1. Apdrošinājuma ņēmējam ir tiesības pieprasīt visa veida informāciju no Apdrošinātāja, par veselības apdrošināšanas pakalpojuma izmantošanu.
 - 6.2.2. Apdrošinājuma ņēmēja darbiniekam ir tiesības saņemt apdrošināšanas atlīdzību ne vēlāk kā 5 (piecu) darba dienu laikā pēc nepieciešamo dokumentu iesniegšanas Apdrošinātājam, ja medicīniskie pakalpojumi saņemti ārpus Apdrošinātāja līgumiestādēm.
- 6.3. Lai nodrošinātu Līguma izpildi, Apdrošinātājs apņemas:
 - 6.3.1. 10 (desmit) dienu laikā pēc Līguma noslēgšanas, parakstot attiecīgu pieņemšanas – nodošanas aktu, izsniegt Apdrošinājuma ņēmējam apdrošināšanas polisi (Līguma 1.pielikums) un katrai apdrošinātajai personai (darbiniekam) tai pienākošos dokumentu komplektu: karti, apdrošināšanas noteikumus un programmu aprakstus, atlīdzības pieteikuma formu, kā arī aktuālo pretendenta līgumiestāžu sarakstu vai norādi uz Apdrošinātāja mājaslapas adresi, kur ir pieejama šāda informācija, kā arī pamatojoties uz Apdrošinājuma ņēmēja iesniegto apdrošināmo darbinieku sarakstu, izsniegt jaunas 1

- (viena) gada termiņa kartes ne vēlāk kā 10 (desmit) dienas pirms pirmā apdrošināšanas gada beigām;
- 6.3.2. pamatojoties uz Apdrošinājuma ņēmēja iesniegto informāciju par darbiniekiem, kuri izvēlējušies papildprogrammas ar darbinieka līdzfinansējumu, 5 (piecu) darba dienu laikā noformēt un iesniegt Apdrošinājuma ņēmēja darbinieku individuālos rēķinus papildprogrammu apmaksai.
 - 6.3.3. nodrošināt medicīnisko pakalpojumu izmantošanu Līgumā paredzētajā apjomā līgumiestādēs, kā arī citās ārstniecības iestādēs, kas nav līgumiestādes (Līguma 4. un 6. pielikuma kārtībā);
 - 6.3.4. nodrošināt medicīnisko pakalpojumu izmantošanu bez termiņu ierobežojumiem (nogaidīšanas periods, nosūtījuma derīguma termiņš un citi);
 - 6.3.5. gadījumos, kad darbinieki ir saņēmuši pakalpojumus polisē norādīto programmu ietvaros un, par šiem pakalpojumiem norēķinājušies no personīgajiem līdzekļiem, veikt atlīdzības izmaksu pēc iespējas īsākā, bet ne vēlāk kā 5 (piecu) darba dienu laikā, pēc visu polisē un noteikumos uzskaitīto dokumentu saņemšanas, ievērojot Līguma 4. un 6. pielikumā noteikto kārtību un cenrādi. Atlīdzību Apdrošinātājs izmaksā, veicot pārskaitījumu uz apdrošinātā Apdrošinājuma ņēmēja darbinieka norādīto norēķinu kontu vai veicot izmaksu skaidrā naudā Apdrošinātāja centrālajā birojā vai jebkurā citā Apdrošinātāja birojā vai filiālē;
 - 6.3.6. nepasliktināt Apdrošinājuma ņēmējam izsniegtās polises un iegādātā apdrošināšanas seguma nosacījumus, un noslēgtā Līguma nosacījumus to darbības laikā, kā arī jebkādā citā veidā neapgrūtināt Apdrošinājuma ņēmēja darbinieku iespējas saņemt tiem paredzētos Apdrošinātāja veselības apdrošināšanas pakalpojumus;
 - 6.3.7. pēc darbinieka rakstiska lūguma, iespējami īsā laikā sniegt izsmeļošas atbildes uz dažādiem ar Līguma priekšmetu saistītiem jautājumiem, kā arī sniegt ziņas par iztērētajām vai atlikušajām individuālajām apdrošinājuma summām, iesniegto čeku statusu apstrādes procesā, veikto atlīdzību izmaksu datumiem, u.tml.;
 - 6.3.8. atbilstoši Apdrošinātāja piedāvājumā norādītajam rīcības aprakstam, kas ir Līguma 7.pielikums, informēt darbinieku (nosūtot informāciju uz darbinieka e-pastu, kas norādīts apdrošinātājam iesniegtajā apdrošināmo darbinieku sarakstā), ja darbinieka, izmantoto pakalpojumu apjoms naudas izteiksmē tuvojas polises limita robežai vai to ir pārsniedzis. Apdrošinājuma ņēmēja darbinieks no Apdrošinātāja puses tiek informēts par maksimālā atlīdzības limita sasniegšanu brīdī, kad apdrošinātājam ir kļuvis zināms, ka izmaksāto atlīdzību līmenis, ir sasniedzis 80% no maksimālā iespējamā atlīdzību limita (apdrošinājuma summa). Ja polises limita robežas ir pārsniegtas, tad Apdrošinātājs rēķinu par limita pārtēriņu izraksta un apmaksu par to saņem no konkrētā Apdrošinājuma ņēmēja darbiniekam, kurš ir pārtērējis polises limitu;
 - 6.3.9. pēc Apdrošinājuma ņēmēja rakstiska lūguma, 10 (desmit) dienu laikā bezmaksas sagatavot pārskatu par izmaksu statistiku konkrētam laika periodam, norādot kopējo izmaksu apmēru, izmaksas pēc pakalpojuma veida (ambulatorā palīdzība, stacionārā palīdzība, u.tml.). Atsevišķi darbiniekiem veiktās atlīdzību izmaksas tiks iesniegtas tikai uz darbinieka individuālā rakstiska pieprasījuma pamata sniegt informāciju par izmaksu apjomu;
 - 6.3.10. ne vēlāk, kā 3 (trīs) mēnešus pirms Līguma darbības beigām, apdrošināt jaunus Apdrošinājuma ņēmēja darbiniekus, ja Apdrošinājuma ņēmējs par tiem ir iesniedzis informāciju Līguma 6.1.1.punktā paredzētajā kārtībā. Apdrošināšanas prēmija tiek aprēķināta tieši proporcionāli kartes atlikušā darbības laika izmantojamiem pilniem mēnešiem, ņemot vērā atlikušo Līguma darbības periodu līdz Līguma pirmā vai otrā darbības gada (polises darbības) beigām, nepieprasot administratīvo izdevu apmaksu par veicamajām izmaiņām. Apdrošinātājs 5 (piecu) dienu laikā pēc informācijas iesniegšanas, Pusēm parakstot pieņemšanas un nodošanas aktu, izsniedz Apdrošinājuma ņēmēja jauno Apdrošinājuma ņēmēja darbinieku kartes un citu polises dokumentāciju;
 - 6.3.11. izbeigt Polises darbību attiecībā uz tiem apdrošinātajiem darbiniekiem, kuru apdrošināšanas polises un kartes Apdrošinājuma ņēmējs Līguma 6.1.6.punktā minētajā kārtībā ir iesniedzis Apdrošinātājam un kuri no Polises ir izslēdzami. Izbeidzot apdrošinātā darbinieka polises darbību, Apdrošinātājam, neprasot administratīvo

- izdevumu apmaksu par veicamajām izmaiņām, jāveic prēmijas aprēķins proporcionāli kartes darbības laika atlikušajiem pilniem mēnešiem;
- 6.3.12. par Līguma 6.3.10. un 6.3.11.punktā norādītajām izmaiņām sniegt informāciju Apdrošinājuma ņēmējam un Līgumā noformēt parakstīšanai atbilstošus tā pielikumus;
 - 6.3.13. nodrošināt, lai Apdrošinātāja pārstāvis ne vēlāk kā 10 (desmit) dienu laikā pēc Apdrošinājuma ņēmēja rakstiska pieprasījuma ierastos Apdrošinājuma ņēmēja iestādē, lai sniegtu nepieciešamo informāciju un konsultētu jautājumos, kas saistīti ar Apdrošinātāja piedāvājumiem veselības apdrošināšanas pakalpojumiem;
 - 6.3.14. nodrošināt bezmaksas nepieciešamo dokumentu kopiju, kā arī izziņu izsniegšanu, tai skaitā iesniegšanai Valsts ieņēmumu dienestā;
 - 6.3.15. nodrošināt informācijas pieejamību apdrošinātajām personām par Apdrošinātāja aktuālo līguma iestāžu sarakstu mājaslapā: www.bta.lv;
 - 6.3.16. nodrošināt, ka karšu dublikātu izgatavošana ir bez maksas Apdrošinājuma ņēmēja darbinieku datu maiņas gadījumā, kā arī kartes zādzības vai nozaudēšanas gadījumā Apdrošinātājs izgatavo tās dublikātu 5 (piecu) dienu laikā no Apdrošinājuma ņēmēja (personas datu maiņas gadījumā), vai apdrošinātā Apdrošinājuma ņēmēja darbinieka (zādzības vai nozaudēšanas gadījumā) pieteikuma par polises (individuālās kartes) atjaunošanu saņemšanas brīža;
 - 6.3.17. segt piesaistītā brokera SIA EURORISK atlīdzību 4 400.00 EUR apmērā par apdrošināšanas brokera pakalpojumiem, ievērojot šādu kārtību:
 - 6.3.17.1. EUR 1 000.00 (viens tūkstotis eiro) – (divu) nedēļu laikā pēc Lī~~g~~m~~o~~s~~l~~ē~~s~~;
 - 6.3.17.2. Atlikušo maksājumu, sadalot maksājumu 8 (astoņos) vienādos maksājumos, un katru ceturksni pārskaitot brokerim EUR 425.00 (četri simti divdesmit pieci eiro).

7. ATLĪDZĪBU IZMAKSA

- 7.1. Ambulatorajiem pakalpojumiem jābūt brīvi pieejamiem gan līgumiestādēs, gan ārpus tām bez saskaņošanas ar Apdrošinātāju.
- 7.2. Lai saņemtu atlīdzību atbilstoši Līguma 6.3.5.punktam, darbinieki iesniedz Apdrošinātājam atbilstoši polisē un Līguma 4. un 6.pielikumā minētajām prasībām noformētus dokumentus klātienē Apdrošinātāja birojā/filiālēs, nosūtot pa pastu vai elektroniskā veidā ieskenētus nosūtot uz e-pasta adresi: veselibas.atlidziba@bta.lv, vai piesakot Apdrošinātāja e-portālā (portals.bta.lv). Apdrošināšanas atlīdzību var pieteikt visa apdrošināšanas termiņā laikā un vēl 1 (vienu) mēnesi pēc apdrošināšanas termiņa beigām.
- 7.3. Apdrošināšanas atlīdzība tiek aprēķināta saskaņā ar Polisi un Programmu, un Apdrošinātājs to pārskaita uz atlīdzības pieteikumā norādīto darbinieka norēķinu kontu.
- 7.4. Apdrošinātājam ir pienākums izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību attiecībā uz visiem apdrošināšanas programmā iekļautajiem pakalpojumiem, kurus polisē vai polises pielikumos norādītie darbinieki ir saņēmuši Līguma un polises darbības termiņā. Ja apdrošinātā medicīniskā pakalpojuma saņemšanas brīdī darbiniekam vēl nebija izsniegta karte, darbinieks saņem apdrošināšanas atlīdzības apmaksu Līguma 7.2.punktā noteiktajā kārtībā.

8. LĪGUMA, GROZĪJUMI, IZBEIGŠANA

- 8.1. Visas izmaiņas, papildinājumi, kas attiecas uz šo Līgumu, ir spēkā, ja tie noformēti rakstveidā un tos parakstījušas abas Puses.
- 8.2. Apdrošinājuma ņēmējs ir tiesīgs vienpusēji atkāpties no Līguma, par to rakstiski paziņojot Apdrošinātājam 2 (divus) mēnešus iepriekš, ja Apdrošinātājs pienācīgi nepilda Līguma noteikumus un par šo faktu Apdrošinājuma ņēmējs rakstiski paziņojis Apdrošinātājam, nosūtot rakstveida pretenziju, kurā norādīts fakts par konkrēta Līguma saistību nepildīšanu un kuru Apdrošinātājs nav novērsis 30 (trīsdesmit) kalendāro dienu laikā. Šādos gadījumos Apdrošinātājs maksā Apdrošinājuma ņēmējam līgumsodu 10% (desmit procentu) apmērā no Līgumā paredzētās attiecīgā gada apdrošināšanas prēmijas kopsummas, kā arī izmaksā Apdrošinājuma ņēmējam proporcionāli apdrošināšanas termiņam neizmantotās apdrošināšanas prēmijas daļu, neņemot vērā jebkādas Apdrošinātāja izdevumus un neveicot ieturējumus. Šajā punktā minētais maksājums Apdrošinātājam jāveic ne vēlāk kā 10 (desmit) darba dienu laikā pēc Apdrošinājuma ņēmēja pieprasījuma saņemšanas. Apdrošinājuma ņēmēja vienpusējas

atkāpšanās no Līguma gadījumā nākamajā darba dienā pēc pēdējās Līguma darbības dienas nodod Apdrošinātājam visas polises un kartes.

- 8.3. Līguma darbības laikā Apdrošinātājs nedrīkst bez Apdrošinājuma ņēmēja rakstiskas piekrišanas grozīt, mainīt vai papildināt Līguma noslēgšanas brīdī spēkā esošos apdrošināšanas noteikumus, pēc savas iniciatīvas samazināt līgumiestāžu skaitu, kas norādīts Līguma pielikumā (vai norādīta mājaslapa), vai kā citādi pasliktināt Apdrošinājuma ņēmēja apdrošināšanas nosacījumus. Šis noteikums nav attiecināms uz līgumiestāžu saraksta vai sniegto pakalpojumu klāsta paplašināšanu vai uzlabošanu, bet šo pasākumu veikšana nevar būt par iemeslu prasījumam palielināt apdrošināšanas prēmijas lielumu vai mainīt maksāšanas kārtību.

9. LĪGUMA IZPILDĒ IESAISTĪTO APAKŠUZŅĒMĒJU NOMAIŅA

- 9.1. Apdrošinātājs ir tiesīgs bez saskaņošanas ar Apdrošinājuma ņēmēju veikt apakšuzņēmēju nomaiņu, kā arī papildu apakšuzņēmēju iesaistīšanu Līguma izpildē, izņemot Līguma 9.2. un 9.4.punktā minētos gadījumus.
- 9.2. Apakšuzņēmējus, uz kuru iespējām Apdrošinātājs balstījies, lai apliecinātu savas kvalifikācijas atbilstību iepirkuma dokumentos noteiktajām prasībām, pēc Līguma noslēgšanas drīkst nomainīt tikai ar Apdrošinājuma ņēmēja rakstveida piekrišanu, ievērojot Līguma 9.3.punktā paredzētos nosacījumus.
- 9.3. Apdrošinājuma ņēmējs nepiekrīt Līguma 9.2.punktā minēto apakšuzņēmēju nomaiņai, ja tiek nomainīts apakšuzņēmējs, uz kura iespējām konkursā izraudzītais pretendents balstījies, lai apliecinātu savas kvalifikācijas atbilstību iepirkuma dokumentos noteiktajām prasībām, un piedāvātajam apakšuzņēmējam nav vismaz tāda pati kvalifikācija, uz kādu iepirkumā izraudzītais pretendents atsaucies, apliecinot savu atbilstību iepirkumā noteiktajām prasībām.
- 9.4. Apdrošinājuma ņēmēja pieņem lēmumu atļaut vai atteikt Apdrošinātāja apakšuzņēmēju nomaiņu vai jaunu apakšuzņēmēju iesaistīšanu Līguma izpildē iespējami īsā laikā, bet ne vēlāk kā piecu darbdienu laikā pēc tam, kad saņēmis visu informāciju un dokumentus, kas nepieciešami lēmuma pieņemšanai saskaņā ar Līguma 9.sadaļas noteikumiem.

10. STRĪDU RISINĀŠANAS KĀRTĪBA

- 10.1. Visas domstarpības, kas Pusēm radušās šā Līguma ietvaros un izpratnē, tās apņemas risināt sarunu ceļā.
- 10.2. Ja 30 (trīsdesmit) kalendāra dienu laikā domstarpības nav iespējams atrisināt sarunu ceļā, Puses tās risina saskaņā ar spēkā esošajiem Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem.
- 10.3. Visus jautājumus, kas nav atrunāti šajā Līgumā, Līdzēji risina saskaņā ar Latvijas Republikas spēkā esošajos normatīvajos aktos noteikto.

11. NEPĀRVARAMA VARA

- 11.1. Par nepārvaramas varas apstākļiem tiek uzskatīti tādi apstākļi un notikumi kā dabas katastrofas un ūdens plūdi, zemestrīce un citas stihiskās nelaiemes, kā arī karš, streiki, nemiери, valsts iekšējie apvērsumi, jauni normatīvi akti vai valsts pārvaldes iestāžu lēmumi, kas kavē vai traucē Līguma saistību izpildi, kā arī citi apstākļi (turpmāk – nepārvaramas varas apstākļi).
- 11.2. 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.
- 11.3. Pusei, kuras saistību izpildi pilnībā vai daļēji ierobežo iestājušies nepārvaramas varas apstākļi, nekavējoties 3 (triju) darba dienu laikā rakstiski jāinformē otru Pusi par šādu apstākļu iestāšanos vai izbeigšanos.
- 11.4. Par zaudējumiem un kavējumiem, kas radušies nepārvaramas varas apstākļu dēļ, neviena no Pusēm atbildību nenes.

12. NOBEIGUMA NOTEIKUMI

- 12.1. Gadījumā, ja rodas pretrunas starp Līgumu, Polisi un/vai apdrošināšanas noteikumiem, noteicošais ir Līgums un iepirkumā iesniegtais Apdrošinātāja piedāvājums.
- 12.2. Apdrošinājuma ņēmējs pilnvaro Līguma ietvaros parakstīt nodošanas un pieņemšanas aktu Personāla un dokumentu pārvaldības departamenta direktora vietnieci Kristīni Blausu tālrunis: 67021602, e-pasts: kristine.blausa@lm.gov.lv ;

- 12.3. Līguma izpildes gaitā Apdrošinājumaņēmēju pārstāvēs personas:
Personāla un dokumentu pārvaldības departamenta direktora vietniece Kristīne Blausa tālrunis: 67021602 e-pasts kristine.blausa@lm.gov.lv;
Personāla un dokumentu pārvaldības departamenta vadošā personāla speciāliste Anita Cine tālrunis: 67021621 e-pasts anita.cine@lm.gov.lv.
- 12.4. Apdrošinātāju Līguma izpildes gaitā pārstāvēs personas:
Korporatīvo klientu vecākais darījumu vadītājs Roberts Aparjods, tālrunis: 66936025, e-pasts: roberts.aparjods@bta.lv
- 12.5. Līgums sagatavots elektroniski latviešu valodā un parakstīts ar drošu elektronisko parakstu, kas satur laika zīmogu.
- 12.6. Ja kāds no Līguma noteikumiem zaudē spēku, tas neietekmē pārējos Līguma noteikumus.
- 12.7. Visi šajā Līgumā paredzētie paziņojumi, informācija, ziņas un citi sūtījumi, noformējami rakstveidā un nosūtāmi uz zemāk minētām Pušu adresēm, un tiek uzskatīti par saņemtiem, kad nogādāti personīgi vai pa faksu ar saņemšanas apstiprinājumu, vai saskaņā ar Paziņošanas likumā noteikto, ja nosūtīti pa pastu Latvijas Republikas teritorijā ierakstītā vēstulē. Mainot savu nosaukumu, adresi vai citus rekvizītus, katra Puse apņemas 7 (septiņu) dienu laikā paziņot otrai Pusei par izmaiņām.
- 12.8. Līgumam tiek un Līguma darbības laikā tiks pievienoti un tā neatņemamas sastāvdaļas ir (būs):
1. Pielikums – Veselības apdrošināšanas polise;
 2. Pielikums – Apdrošināto darbinieku saraksts;
 3. Pielikums – Veselības apdrošināšanas noteikumi Nr.3.2, Nelaiemes gadījumu apdrošināšanas noteikumi Nr.8-2, Nelaiemes gadījumu noteikumu Nr.8-2 pielikums Nr. 4 uz 35 lapām;
 4. Pielikums – Veselības apdrošināšanas programmas un papildprogrammu apraksts uz 8 lapām;
 5. Pielikums – Tehniskā specifikācija – tehniskais piedāvājums uz 8 lapām;
 6. Pielikums – Veselības apdrošināšanas papildu noteikumi uz 2 lapām;
 7. Pielikums – Rīcības apraksts uz 1 lapas;
 8. Pielikums – Līgumorganizāciju saraksts un to pielikums uz 10 lapām vai tiek norādīta mājaslapa, kur pieejama aktuālā informācija;
 9. Pielikums – Finanšu piedāvājums uz 1 lapas.

13. PUŠU REKVIZĪTI, LĪGUMA NOSLĒGŠANAS DATUMS UN PARSTĀVJU PARAKSTI

Apdrošinātājs

Nosaukums: AAS „BTA Baltic Insurance Company”
Juridiskā adrese: Sporta iela 11, Rīga, LV-1013
Vienotais reģistrācijas Nr. 40103840140
Banka: AS “Citadele banka”
SWIFT: PARXLV22
Konta Nr. LV47PARX0016356700001
Kontakttālrunis: 66936025
Kontaktpersona: Korporatīvo klientu vecākais darījumu vadītājs Roberts Aparjods

/Laura Mežaka/

Apdrošinājumaņēmējs:

Labklājības ministrija
Juridiskā adrese: Skolas iela 28, Rīga, LV-1331
Vienotais reģistrācijas Nr. 90000022064
Banka: Valsts kase
SWIFT: TREL22
Konta Nr. LV44TREL218039607600B
Kontakttālrunis: 67021602
Kontaktpersona: Personāla un dokumentu pārvaldības departamenta direktora vietniece Kristīne Blausa

/Indra Kārkliņa/