**Nolikuma 2. pielikums**

**TEHNISKĀ SPECIFIKĀCIJA/ TEHNISKĀ PIEDĀVĀJUMA FORMA**

“VSIA „Latvijas Radio” darbinieku veselības apdrošināšana”,

identifikācijas Nr. Radio 2019/IP-1

1. Minimālās prasības veselības apdrošināšanas līgumam:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr.p.k.** | **Minimālās prasības** | **Pretendenta piedāvātais****(papildus informācija)** |
| **1.** | **Veselības apdrošināšana** Prognozētais apdrošināmo personu orientējošs skaits – 283 personas. Personas neatkarīgi no vecuma un veselības stāvokļa. (t.i., Pasūtītāja apdrošinātajām personām, nepiemēro jelkādus ierobežojumus medicīnas pakalpojumu saņemšanai, t.sk. par iepriekš diagnosticētajām slimībām, traumām) |  |
| **2.** | **Pamata programma** |  |
| **2.1** | **Apdrošinājuma summa** pacienta iemaksām, ambulatorai un stacionārai aprūpei, dzemdību palīdzībai kopā ne mazāk, kā 3000,00 EUR apdrošināšanas periodā |  |
| **2.2** | **Jebkuras pacienta iemaksas** 100% apmērā, atbilstoši spēkā esošiem MK noteikumiem:par ambulatoro palīdzību;par stacionāro palīdzību;par ārstēšanos sanatorijās un specializētajās rehabilitācijas iestādēs;pacienta līdzmaksājums. |  |
| **2.3** | **Ambulatorie pakalpojumi** |  |
| **2.3.1** | Ambulatorie maksas pakalpojumi 1000,00 EUR apdrošināšanas periodā (ar vai bez ģimenes ārsta nosūtījuma). |  |
| **2.3.2** | Atlīdzību apmēri par pakalpojumiem līgumiestādēs un nelīgumiestādēs vai līgumiestādēs neiegādātajiem pakalpojumiem (turpmāk tekstā nelīgumiestādes) jānodrošina zemāk minēto minimālo limitu apmēros. |  |
| **2.3.3** | Ģimenes ārstu konsultācijas un ārstniecības pakalpojumi, līgumiestādēs 100% apmērā; nelīgumiestādēs ne mazāk kā 30,00 EUR par apmeklējuma reizi, par pirmreizēju konsultāciju; Pakalpojumi saņemami neierobežojot konsultāciju reižu skaitu un periodiskumu. |  |
| **2.3.4** | Speciālistu (arī augsti kvalificētu speciālistu – profesoru un docentu) konsultācijas un ambulatorās manipulācijas neierobežojot ar nosauktajiem speciālistiem (t.sk., bet ne tikai ķirurga, neirologa, urologa, traumatologa, ginekologa, endokrinologa, kardiologa, reimatologa, nefrologa, gastroenterologa, otolaringologa, oftalmologa, pulmonologa, maksas ģimenes ārsta, arodslimību ārsta, algologa, alergologa, internista, manuālā terapeita, osteoporozes speciālista, proktologa flebologa, dermatologa, homeopāta, onkologa, sporta ārsta konsultācijas, vertebrologa – mugurkaula speciālista, podologa) līgumiestādēs 100% apmērā; nelīgumiestādēs ne mazāk kā 30,00 EUR par apmeklējuma reizi, par pirmreizēju konsultāciju; Pakalpojumi saņemami neierobežojot reižu skaitu un periodiskumu. |  |
| **2.3.5** | Ārstniecības personu mājas vizītes, t.sk. ģimenes ārstu un terapeitu (ieskaitot transporta pakalpojumus) līgumiestādēs 100% apmērā nelīgumistādēs minimāli līdz 30,00 EUR par apmeklējuma reizi; Pakalpojumi saņemami neierobežojot reižu skaitu un periodiskumu. |  |
| **2.3.6** | Plaša apjoma laboratoriskie izmeklējumi saskaņā ar ārstējošā ārsta nozīmējumu, neierobežojot ar nosauktiem izmeklējumiem, līgumiestādēs 100% apmērā (t.sk., pilna asins aina, urīna un fēču analīzes, aknu testi un fermenti, glikozes regulācija, slāpekļa vielu maiņa, citi asins bioķīmiskie izmeklējumi, kardioloģiskie marķieri, iekaisumu marķieri, serozo dobumu šķidrumu izmeklējumi, vairogdziedzera hormoni, onkocistoloģiskā izmeklēšana, asinsgrupas noteikšana, histoloģisko un biopsijas materiālu izmeklēšana, iztriepju izmeklēšana, koaguloģija, dzimumhormoni, antivielas, sārmainās fosfotāzes kaulu frakcija, kleratīnaklīrness, onkomarķieri, D vitamīna u.c.); Pakalpojumi saņemami neierobežojot reižu skaitu un periodiskumu. |  |
| **2.3.7** | Plaša apjoma diagnostiskie izmeklējumi saskaņā ar ārstējošā ārsta nozīmējumu bez iepriekšējas saskaņošanas ar apdrošinātāju un bez ierobežojumiem konkrētām diagnozēm, neierobežojot ar nosauktiem izmeklējumiem, līgumiestādēs 100% apmērā bez limita un reižu apmeklējuma ierobežojuma (t.sk., elektrokardiogrāfija, ehokardiogrāfija, doplerogrāfiskā izmeklēšana, kolposkopija, veloergometrija, Holtera monitorēšana, dažādi ultraskaņas izmeklējumi, osteodensitometrija, orgānu un ķermeņa daļu rentgena izmeklējumi ar vai bez kontrastvielām, mamogrāfija, dermaskopija, dermatoskopija, bronhoskopija, elektroencefalogrāfija, audiogrāfija, cistoskopija, elektromiogrāfija, videosigmoskopija u.c.); Pakalpojumi saņemami neierobežojot reižu skaitu un periodiskumu. |  |
| **2.3.8** | Plaša apjoma dārgie diagnostiskie izmeklējumi saskaņā ar ārstējošā ārsta nozīmējumu bez iepriekšējas saskaņošanas ar apdrošinātāju un bez ierobežojumiem konkrētām diagnozēm (t.sk., kompjūtertomogrāfija ar un bez kontrastvielām, magnētiskā rezonanse ar un bez kontrastvielām, skaitļotājtomogrāfija, scintigrāfija, elptests, fibrogastroskopija, kolonoskopija un pārējie endoskopiskie izmeklējumi) ar limitu ne mazāk kā 200.00 EUR periodā. Ja izmeklējumiem tiek noteikti apakšlimiti par vienu izmeklējumi, tie nevar būt mazāki kā EUR 60 par endoskopiskajiem izmeklējumiem, EUR 100 par kompjūtertomogrāfijas un magnētiskās rezonanses izmeklējumiem. Pakalpojumi saņemami neierobežojot reižu skaitu un periodiskumu. |  |
| **2.3.9** | Injekcijas, blokādes u.c. manipulācijas līgumiestādēs 100% apmērā. Pakalpojumi saņemami neierobežojot reižu skaitu un periodiskumu. |  |
| **2.3.10** | Ārstnieciskās manipulācijas (vismaz, bet ne tikai - ķirurģija; ginekoloģija, LOR, dermatoloģija u.c) līgumiestādēs 100% apmērā. Pakalpojumi saņemami neierobežojot reižu skaitu un periodiskumu. |  |
| **2.3.11** | Valsts noteiktās obligātās veselības pārbaudes saskaņā ar LR MK noteikumiem, pakalpojuma apmaksa līgumiestādēs 100% apmērā un nelīgumiestādēs ne mazāk kā 40.00 EUR. Pakalpojumam nenosakot konkrētas medicīnas iestādes, bez limita ierobežojuma, nodrošinot iespēju veikt izbraukuma pārbaudes Pasūtītāja telpās. |  |
| **2.3.12** | Fizikālās terapijas procedūras. |  |
| **2.3.13** | Grūtniecības aprūpe līgumiestādēs 100% apmērā, kopējā limita ietvaros, nelīgumiestādēs minimāli līdz 30,00 EUR par apmeklējuma reizi - ārsta vizīti saistībā ar grūtniecības iestāšanos, ārsta – ginekologa konsultācijas, vecmātes konsultācijas, laboratoriskos izmeklējumi, instrumentālos izmeklējumus, ārstnieciskās manipulācijas: injekcijas, infūzijas. Pakalpojumi saņemami neierobežojot reižu skaitu un periodiskumu. |  |
| **2.3.14** | Medicīniskās izziņas (autovadītājiem, ieroču iegādes atļaujas saņemšanai, laulību reģistrācijai) līgumiestādēs 100% apmērā. |  |
| **2.3.15** | Profilaktiskā vakcinācija: pret ērču encefalītu, gripu.  |  |
| **2.3.16** | Maksas ( t.sk. privātā) neatliekamā palīdzība.Pēkšņu saslimšanu un traumu gadījumos apmaksā valsts vai privāto neatliekamo medicīnisko palīdzību 24 stundas diennaktī. |  |
| **2.4** | **Stacionārie pakalpojumi** |  |
| **2.4.1** | Stacionārie maksas pakalpojumi (dienas un diennakts stacionāri) 100% apmērā (t.sk. bez ģimenes ārsta nosūtījuma). Minimālā apdrošinājuma stacionārai aprūpei 1400,00 EUR apdrošināšanas periodā, t.sk. ne mazāk par 700,00 EUR vienam saslimšanas gadījumam stacionārā, neierobežojot reižu skaitu, bez ierobežojumiem ārstniecības iestādes izvēlē, un termiņā; |  |
| **2.4.2** | maksa par katru stacionārā pavadīto gultas dienu; |  |
| **2.4.3** | ārstēšanās maksas palātās ar papildus servisa pakalpojumiem, ja izvēlētā ārstniecības iestāde tādas nodrošina, bez ierobežojuma vienas dienas maksai un dienu skaitam; |  |
| **2.4.4** | laboratoriskie un instrumentālie izmeklējumi; |  |
| **2.4.5** | ārstnieciskās manipulācijas, ietverot medikamentus, injekcijas, procedūras |  |
| **2.4.6** | maksas operācijas (neparedzot iepriekšēju saskaņošanu ar apdrošinātāju),t.s. plānveida bez skaita ierobežojuma. |  |
| **2.5** | **Maksas dzemdību palīdzība** |  |
| **2.5.1** | Maksas dzemdību pakalpojumi ar limitu ne mazāk kā 200.00 EUR apdrošināšanas periodā. Uzturēšanās stacionārā, dzemdības (t.sk. ģimenes dzemdības), individuālo dzemdību līgums, ar pēcdzemdību periodu saistītie pakalpojumi, līdz izrakstīšanās brīdim no stacionāra: ārsta-ginekologa konsultācijas, laboratoriskie un instrumentālie izmeklējumi, laktostāzes likvidēšana.Segumam jābūt spēkā visā apdrošināšanas periodā (t.sk. ja tiek pievienoti darbinieki uz nepinu periodu) |  |
| **2.6** | **Pamatprogrammā iekļautās papildu programmas pamatprogrammai (visiem darbiniekiem par uzņēmuma līdzekļiem)** |  |
| **2.6.1** | **Ambulatorā rehabilitācija** |  |
| **2.6.1.1** | Ambulatorā rehabilitācija ar minimālo limitu ne mazāk kā 120,00 EUR apdrošināšanas periodā pēc apdrošinātās personas izvēles neierobežojot reižu skaitu un limitu par vienu pakalpojuma reizi, kā arī nenosakot papildu izņēmumus plašāk, kā ambulatorai ārstēšanai, nenosakot ierobežojumus ar konkrētu speciālistu nosūtījumiem: |  |
| **2.6.1.2** | masāžas kurss; |  |
| **2.6.1.3** | manuālās terapijas kurss; |  |
| **2.6.1.4** | ūdens procedūru kurss; |  |
| **2.6.1.5** | ārstnieciskās vingrošanas kurss individuāli vai grupās; |  |
| **2.6.1.6** | teipu uzlikšana |  |
| **2.6.1.7** | psihologa, psihoterapeita konsultācijas |  |
| **2.6.2** | **Zobārstniecība** |  |
| **2.6.1** | Minimālā apdrošinājuma summa zobārstniecības pakalpojumiem apdrošināšanas periodā 100,00 EUR. |  |
| **2.6.2** | Sertificētu zobārstu un higiēnistu zobārstniecības pakalpojumu apmaksa 50% apmērā (līgumiestādēs un nelīgumsiestādēs) no ārstēšanā lietotajām metodēm un manipulācijām, kuras akceptējusi Latvijas Zobārstniecības asociācija, ārstējoties pie jebkura ārsta jebkurā ārstniecības iestādē, t.sk.: |  |
| **2.6.3** | mutes dobuma higiēnas pasākumi min 2 (divas) reizes līguma darbības laikā; |  |
| **2.6.4** | neatliekamā palīdzība akūtu zobu sāpju gadījumā; |  |
| **2.6.5** | augsti kvalificētu zobārstu un stomatoloģisko ķirurgu konsultācijas; |  |
| **2.6.6** | terapeitiskie un ķirurģiskie zobārstniecības pakalpojumi, t.sk. plombēšanā lietotais heliomateriāls; |  |
| **2.6.7** | vietējā anestēzija; |  |
| **2.6.8** | diagnozes precizēšanai nepieciešamās rentgenogrammas. |  |
| **3.**  | **Papildu programmas, kuras darbinieki izvēlas un var iegādāties par saviem privātajiem līdzekļiem** |  |
| **3.1.** | **Medikamenti ar atlaidi 50%, apdrošinājuma summa 40,00 EUR**  |  |
| **3.1.1** | visi (tai skaitā arī bezrecepšu) medikamenti Latvijas Republikā reģistrētie ārstējošā ārsta izrakstītie medikamenti, izņemot ar PVN pamatlikmi apliekamos medikamentus |  |
| **3.2** | **Zobārstniecība un zobu protezēšana ar atlaidi 50% un apdrošinājuma summu 400,00 EUR**  |  |
| **3.2.1** | Sertificētu zobārstu un higiēnistu zobārstniecības pakalpojumu apmaksa 50% apmērā līgumiestādēs no ārstēšanā lietotajām metodēm un manipulācijām, kuras akceptējusi Latvijas Zobārstniecības asociācija ārstējoties pie jebkura ārsta jebkurā ārstniecības iestādē, t.sk.: mutes dobuma higiēnas pasākumi min 2 (divas) reizes līguma darbības laikā; neatliekamā palīdzība akūtu zobu sāpju gadījumā; terapeitiskie un ķirurģiskie zobārstniecības pakalpojumi, t.sk. plombēšanā lietotais heliomateriāls; vietējā anestēzija, diagnozes precizēšanai nepieciešamās rentgenogrammas, Zobu protezēšana, t.sk. kroņi, tilti, onlejas, inlejas, Tiek apmaksāta gan procedūra, gan ar to saistītās manipulācijas, un materiāli. |  |
| **3.3** | **Sports – 4 reizes mēnesī, 6,00 EUR par reizi** |  |
| **3.3.1** | trenažieru zāle, teniss, skvošs, aerobikas nodarbības, baseina apmeklējumi. Tiek apmaksāti arī 1 mēneša vai 3 mēnešu abonementi.**Atlīdzības apmērs *288,00 EUR* gadā.** |  |
| **3.4** | **Optika ar atlaidi 100% un limitu 60,00 EUR**  |  |
| **3.4.1.** | Optiskās lēcas ar vai bez briļļu ietvariem, kontaktlēcas.  |  |
| **4.** | **Citas prasības attiecībā uz pakalpojumu sniegšanu, apmaksas kārtību un izmaiņu veikšanu apdrošināšanas līgumā.** |  |
| **4.1** | Apdrošināšanas līguma darbības laiks viens gads, 24 stundas diennaktī/ 7 dienas nedēļā, visā Latvijas teritorijā. |  |
| **4.2** | Apdrošinātās personas – darbinieki, valdes locekļi neatkarīgi no vecuma un veselības stāvokļa, bez individuālas veselības deklarāciju aizpildīšanas līguma sākumā un pievienojot personas visa līguma darbības laikā.Kopējais prognozētais apdrošināmo personu orientējošs skaits – 283 personas. Precīzs apdrošināmo darbinieku skaits tiks norādīts apdrošināšanas polises slēgšanas brīdī.Iespējamas darbinieku skaita svārstības. |  |
| **4.3** | Visiem pretendenta piedāvājumā ietvertajiem veselības aprūpes programmās ietvertajiem pakalpojumiem (t.sk. arī gadījumos ja apdrošināšanas segums nav spēkā pilnu apdrošināšanas periodu) jābūt pieejamiem pilnā apmērā sākot ar polises pirmo darbības dienu (t.sk. bez nogaidīšanas perioda) un visā tās darbības laikā, kā arī pirms apdrošināšanas darbības sākuma diagnosticētām slimībām (t.sk., arodsaslimšanas) un traumām ( t.sk., traumas, kas iegūtas sporta vai fizisku aktivitāšu rezultātā). |  |
| **4.4** | Maksas ambulatorie pakalpojumi, pretendenta līgumorganizācijās tiek apmaksāti 100% apmērā uzrādot veselības apdrošināšanas kartiņu, nenosakot piemaksu no personīgiem līdzekļiem par saņemto pakalpojumu. Ārpus pretendenta līgumorganizācijām vai līgumorganizācijās nenopirktajiem pakalpojumiem (nelīgumorganizācijā) ne mazāk kā norādītajos minimālajos limitos. Pakalpojumi saņemami neierobežojot konsultāciju reižu skaitu un periodiskumu.  |  |
| **4.5** | Visiem apdrošināšanas programmās ietvertiem pakalpojumiem jābūt pieejamiem pilnā apmērā, sākot ar pirmo polises darbības dienas, un visā tās darbības laikā un bez iepriekš esošo slimību, traumu izņēmumiem un nogaidīšanas periodiem. |  |
| **4.6** | Pretendentam jānodrošina programmu minimālajām prasībām atbilstošo maksas pakalpojumu apmaksa, bezskaidras naudas norēķina veidā, vismaz šādās medicīnas iestādēs Veselības centrs 4, Paula Stradiņa klīniskās universitātes Konsultatīvā poliklīnika, Medicīnas sabiedrība “ARS”, Veselības centru apvienības medicīnas iestādes, E.Gulbja laboratorija, NMS laboratorija, AS Latvijas Jūras medicīnas centrs, Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca, Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca, Rīgas 1. Slimnīca, Rīgas 2. Slimnīca, Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca. u.c. Pretendentam jānodrošina pakalpojumu saņemšana visās līgumiestādēs. Pretendents nedrīkst iesniegt sašaurinātu (ierobežotu) līgumorganizāciju sarakstu. |  |
| **4.7** | Garantijas vēstuļu izmantošana norēķiniem par pakalpojumu uz laika ass un pēc būtības nedrīkst aizkavēt medicīnisko pakalpojumu saņemšanas kārtību un nedrīkst būt par iemeslu, lai no apdrošinātās personas tiktu pieprasīts vairāk medicīniskās dokumentācijas, nekā norēķinoties ar veselības apdrošināšanas kartiņām. |  |
| **4.8** | Ja ir noteikta stacionārā pakalpojuma iepriekšēja saskaņošana, tad papildus jau iepriekš noteiktajām prasībām, neveicot šādu stacionārā pakalpojuma saskaņojumu ar Apdrošinātāju, Apdrošinātājs nedrīkst atteikt atlīdzību vai samazināt atlīdzību vairāk, ne kā Apdrošinātājam būtu bijis jāatlīdzina gadījumā, ja šāds stacionārais pakalpojums tiktu iepriekš saskaņots. |  |
| **4.9** | Ambulatorajiem Pakalpojumiem jābūt brīvi pieejamiem gan līgumiestādēs, gan ārpus tām bez saskaņošanas ar apdrošinātāju. |  |
| **4.10** | Apdrošinātājs nepieprasa iepriekšēju brīdināšanu par plānveida manipulācijām, dārgiem izmeklējumiem vai citiem veselības aprūpes pakalpojumiem kā saņemto pakalpojumu apmaksas nosacījumu, un tas nedrīkst būt atlīdzības atteikuma iemesls. |  |
| **4.11** | Ja apdrošināšanas līgumā un programmās paredzētos pakalpojumus apdrošinātās personas saņēmušas veicot skaidras naudas norēķinus līgumiestādēs vai ārstniecības iestādēs, kas nav Apdrošinātāja līgumiestādes, Apdrošinātājs nodrošina apdrošināšanas atlīdzības saņemšanu ne ilgāk kā 5 (piecu) darba dienu laikā, ja pieteikums un saistītie dokumenti nosūtīti Apdrošinātāja norādītajā vietnē un veidā elektroniski vai pa e-pastu, vai 10 (desmit) kalendāro dienu laikā, ja pieteikums un saistītie dokumenti iesniegti citādā veidā (pa pastu, klātienē birojā u.tml.). |  |
| **4.12** | Čekus par saņemtajiem pakalpojumiem pretendents pieņem visu polises darbības laiku bez ierobežojumiem un vismaz vēl 1 (vienu) mēnesi pēc polises darbības beigām. |  |
| **4.13** | Iekļaujot jaunas apdrošināmās personas, pretendentam jāpiedāvā apdrošināšana uz tādiem pašiem noteikumiem, kādi paredzēti esošajā apdrošināšanas līgumā visu līguma darbības laiku. Apdrošinājuma summas un limiti tiek saglabāti pilnā apmērā, neatkarīgi no polises darbības laika. |  |
| **4.14** | Pretendentam jānodrošina iespēju Pasūtītājam veikt izmaiņas apdrošināto personu sarakstā ne retāk, kā reizi mēnesī visā apdrošināšanas perioda laikā, izslēdzot no tā personas un pievienojot jaunas personas. |  |
| **4.15** | Iekļaujot jaunas apdrošināmās personas, kā arī izslēdzot personas no apdrošināmo saraksta, pretendentam jāveic prēmijas aprēķins proporcionāli atlikušajam periodam par pilniem mēnešiem (tas nozīmē, ka viena mēneša apdrošināšanas prēmija tiek noteikta kā 1/12 daļa no gada apdrošināšanas prēmijas), neņemot vērā polises darbības laikā veiktās izmaksas vai nenosakot citus papildus nosacījumus vai ierobežojumus proporcionālajam aprēķinam.  |  |
| **4.16** | Pretendentam, saņemot no Pasūtītāja informāciju par nepieciešamajām izmaiņām, 5 dienu laikā jānodrošina iespēja saņemt apdrošināšanas kartes, polises un informāciju par to izmantošanu. |  |
| **4.17** | Pretendents nodrošina, ka gadījumā, par polišu (individuālo karšu) dublikātu izgatavošanu netiek ņemta samaksa. |  |
| **4.18** | Apdrošināšanas prēmiju maksājums – par Pasūtītāja līdzekļiem 100%, ceturkšņu maksājumi bez papildus piemaksas par maksājumu dalīšanu.Radinieku apdrošināšanas prēmijas maksājums – par saviem līdzekļiem vienā maksājumā. |  |
| **4.19** | Pretendentam jānodrošina, ka, pārtraucot darba tiesiskās attiecības ar Pasūtītāju, apdrošinātai personai ir iespēja turpināt savu gada veselības apdrošināšanas polisi līdz tās darbības beigām. |  |
| **4.20** | Apdrošinājuma summa – Pasūtītāja noteiktā minimālā naudas summa, līdz kurai pretendents apdrošinātajai personai izmaksā apdrošināšanas atlīdzību vai nodrošina apdrošinātos pakalpojumus. |  |
| **4.21** | Pretendentam jānodrošina - izziņu izsniegšana par attaisnotajiem izdevumiem, sniedzot gada ienākumu deklarāciju Valsts ieņēmumu dienestā. |  |
| **4.22** | Pretendentam jāparedz piedāvājumā veselības apdrošināšanas programmas minētos apdrošināšanas pakalpojumu kopumu un nosacījumus attiecināt arī uz darbinieku tuviniekiem – bērniem, brāļiem, māsām, vecākiem un laulātajiem, nenosakot vecuma ierobežojumus.Radinieku apdrošināšana var tikt veikta uz kolektīvās polises darbības sākumu un viena mēneša laikā no tās sākuma darbības. Radinieki apdrošināmi saskaņā ar vispārējiem iesniegtā piedāvājuma nosacījumiem. Pretendents ir tiesīgs izvērtēt risku un noteikt paaugstinātu prēmiju, bet ne vairāk kā koeficientu 1,5 ( vecumā virs 65 gadiem līdz koeficientam 2).Samaksu par tuvinieku apdrošināšanu personas veic no personīgiem līdzekļiem pēc rēķinā saņemšanas no pretendenta. Nenosakot citus ierobežojumus (kā skaits, vecums utt.). |  |
| **4.23** | Pasūtītāja darbinieki, saskaņā ar iesniegtā piedāvājuma nosacījumiem, ir tiesīgi par saviem privātajiem līdzekļiem iegādāties papildu programmas, kas norādītas prasību 3.punktā (medikamenti, sports, zobārstniecība ar zobu protezēšanu, optika).  |  |
| **4.24** | Pasūtītājs nav atbildīgs par darbinieku pārtērētajiem apdrošinājuma summu limitiem. |  |

1. Papildus Tehniskā piedāvājuma tabulā norādāmajai informācijai Tehniskajā piedāvājumā jāiekļauj šāda informācija un/vai jāpievieno šādi dokumenti, kas pamato Tehnisko piedāvājumu:
	1. Veselības apdrošināšanas polises paraugs.
	2. Ambulatorās un stacionārās, zobārstniecības aprūpes līguma iestāžu saraksts tehniskās specifikācijas pakalpojumu saņemšanai. Pretendents norāda interneta mājaslapas adresi, kurā var neierobežoti iepazīties ar pretendenta visu līgumorganizāciju sarakstu. Ja pretendentam nav iespējas norādīt interneta mājaslapas adresi, kurā ir pieejama iepriekš minētā informācija, ir jāiesniedz līgumorganizāciju saraksts.
	3. Piedāvātajai apdrošināšanas programmai atbilstošie un spēkā esošie veselības apdrošināšanas noteikumi.
	4. Veselības apdrošināšanas programma ar Pasūtītājam piedāvātajiem īpašajiem nosacījumiem, piedāvātajiem papildinājumiem programmām un skaidri atšifrētiem limitiem, apakšlimitiem, atlaižu apmēriem, cenrāžiem, ierobežojumiem un izņēmumiem attiecīgajiem pakalpojumiem.
	5. Atsevišķi norādāmi visi piedāvātie pakalpojumi, kuri nav saņemami ar bezskaidras naudas norēķiniem – kartiņām. Papildus norādot arī pakalpojumus, kurus var saņemt ar garantijas vēstuļu palīdzību.
	6. Visu to pakalpojumu un pozīciju izņēmumu saraksts, kurus pretendents neapmaksās.
	7. Medicīnisko pakalpojumu netiešās apmaksas kārtība iestādēs, kas nav pretendenta līgumorganizācijas, t.sk., iesniedzamie dokumenti, atlīdzības saņemšanas kārtība, termiņi, iespējas veikt atlīdzību pieteikšanu elektroniski (norādot personas pienākumus, atbildību, rīcību ar dokumentu oriģināliem) un iespējas saņemt atlīdzību apdrošinātāja birojos, minimālās un maksimālās vienā reizē izmaksājamās atlīdzības.
	8. Apdrošinātāja rīcības apraksts, ja kāds no apdrošinātajiem tuvojas polises limita robežai vai to ir pārsniedzis.
	9. Informācija par kārtību un termiņiem, veicot izmaiņas apdrošināto personu sarakstā.

2.10. Darbinieku ģimenes locekļu veselības apdrošināšanas kārtību un piemērojamo koeficientu aprakstu.

* 1. Dokumentu komplekta paraugs, kurš tiks izsniegts apdrošinātajai personai.
	2. Informācija par kārtību, termiņiem un nosacījumiem, kādā Pasūtītāja darbinieki varēs iegādāties papildprogrammas par darbinieku privātajiem līdzekļiem.

*(Uzņēmuma vadītāja vai tā pilnvarotās personas (pievienot pilnvaras oriģinālu vai apliecinātu kopiju) paraksts, tā atšifrējums, datums, zīmogs)*