Pielikums Nr.1

Konkursa, identifikācijas

Nr. JNP/2016/65 nolikumam

PIETEIKUMS

**Piezīme**: *Pretendentam jāaizpilda tukšās vietas šajā formā.*

**Konkurss: „Jelgavas novada pašvaldības administrācijas un iestāžu darbinieku veselības apdrošināšana” identifikācijas nr. JNP/2016/65**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

1. Ar šo mēs apliecinām savu dalību atklātajā konkursā. Apstiprinām, ka esam iepazinušies ar atklātā konkursa Nolikumu, tajā skaitā ar līguma projektu, un piekrītam visiem tajā minētajiem nosacījumiem, tie ir skaidri un saprotami, iebildumu un pretenziju tiem nav.
2. Saskaņā ar konkursa nolikumu, mēs, apakšā parakstījušies, apstiprinām, ka piekrītam konkursa noteikumiem.
3. Piedāvājam sniegt pakalpojumu darbinieku veselības apdrošināšanā.
4. Ja Pretendents ir piegādātāju apvienība:
	1. personas, kuras veido piegādātāju apvienību (nosaukums, reģ. Nr., juridiskā adrese):

* 1. katras personas atbildībā nododamā līguma daļa un tās apjoms %:
1. Ja Pretendents ir piesaistījis apakšuzņēmējus:
	1. apakšuzņēmēja nosaukums, reģ. Nr., juridiskā adrese:
	2. apakšuzņēmējam nododamā līguma daļa un tās apjoms %:
2. Mēs apstiprinām, ka visi pievienotie dokumenti veido šo piedāvājumu.
3. Apliecinām, ka mūsu rīcībā būs visi nepieciešamie resursi līguma izpildei.
4. Mēs apliecinām, ka neesam ieinteresēti nevienā citā piedāvājumā, kas iesniegts šajā iepirkuma procedūrā.
5. Ja mēs iegūsim tiesības noslēgt iepirkuma līgumu, līguma izpildi koordinējošā persona no mūsu puses būs:

|  |  |
| --- | --- |
| Vārds, uzvārds: |  |
| Ieņemamais amats: |  |
| Tālrunis, fakss: |  |
| e-pasta adrese: |  |

1. Informācija par pretendentu vai personu, kura pārstāv piegādātāju konkursā:

|  |  |
| --- | --- |
| Pretendenta nosaukums: |  |
| Reģistrēts Komercreģistrā: |  |
| ar Nr. |  |
| Juridiskā adrese:  |  |
| Korespondences adrese: |  |
| Kontaktpersona: |  |
|  | (vārds, uzvārds, amats) |
| Telefons: |  |
| Fakss: |  |
| E-pasta adrese: |  |
| Nodokļu maksātāja reģistrācijas Nr.: |  |
| Banka: |  |
| Kods: |  |
| Konts: |  |
| Telefons: |  |

Ar šo uzņemos pilnu atbildību par konkursam iesniegto dokumentu komplektāciju, tajos ietverto informāciju, noformējumu, atbilstību nolikuma prasībām. Sniegtā informācija un dati ir patiesi.

Piedāvājuma dokumentu pakete sastāv no \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) lapām.

Paraksts:

Vārds, uzvārds:

Amats:

Pieteikums parakstīts 2016. gada .\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Pielikums Nr.2

Konkursa, identifikācijas

Nr. JNP/2016/65, nolikumam

VEIDLAPA

Aizpilda pēc nepieciešamības pats Pretendents, apvienības biedri, apakšuzņēmēji

APLIECINĀJUMS PAR PRETENDENTA PIEREDZI

Pretendentam 3 (trīs) iepriekšējos gados vai īsākā laika posmā, ja tas savu darbību ir uzsācis vēlāk, līdz piedāvājuma iesniegšanas brīdim ir pieredze līgumu izpildē un ir saņemta pasūtītāja atsauksme.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N.p.k. | Sniegto pakalpojumu īss apraksts, kurā norādīta informācija par Pretendenta pieredzi atbilstoši Nolikuma prasībām | Apdrošināto personu skaits | Apdrošināšanas periods no – līdz -  | Līgumcena EUR bez PVN | Pasūtītāja nosaukums, kontaktpersona, tālruņa numurs |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

*Ja nepieciešams, cita informācija par Pretendenta pieredzi atbilstoši nolikuma prasībām.*

Jāpievieno 2 atsauksmes no augstāk minētajiem pasūtītājiem.

Pielikums Nr.3

Konkursa, identifikācijas

Nr. JNP/2016/65, nolikumam

**TEHNISKĀ SPECIFIKĀCIJA – TEHNISKĀ PIEDĀVĀJUMA FORMA**

TEHNISKĀ SPECIFIKĀCIJA VESELĪBAS APDROŠINĀŠANAI – PRETENDENTA TEHNISKĀ PIEDĀVĀJUMA FORMA

Veselības apdrošināšanas pakalpojumi ir sadalīti pamatprogrammā un papildprogrammās.

Apdrošināmās personas tiks sadalītas 3 (trīs) grupās, saskaņā ar Jelgavas novada pašvaldības amatpersonu un darbinieku veselības apdrošināšanas nolikumu. Attiecīgi ir izdalītas atsevišķi minimālās prasības katras grupas apdrošināšanas segumam.

Izvēloties papildprogrammas, tiek iegādāta arī pamatprogramma.

Piedāvātās pamatprogrammas prēmija 1 (vienai) personai apdrošināšanas polises gadā nevar pārsniegt:

1. grupa - 213.00 EUR (divi simti trīspadsmit euro 00 centi) katram apdrošināšanas gadam.
2. grupa – 170.00 EUR (viens simts septiņdesmit euro 00 centi) katram apdrošināšanas gadam.
3. grupa – 130.00 EUR (viens simts trīsdesmit euro 00 centi) katram apdrošināšanas gadam.

| Nr.p.k. | **TEHNISKĀ SPECIFIKĀCIJA** | **PRETENDENTA TEHNISKAIS PIEDĀVĀJUMS** |
| --- | --- | --- |
| Pretendents piedāvā (jā)/ nepiedāvā (nē) pakalpojumu. Piedāvājuma apraksts. | Piedāvātie papildu uzlabojumi, kas nepalielina piedāvājuma cenu. | Piezīmes par izņēmumiem, papildu limitiem un pakalpojuma izmantošanu.  |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **MINIMĀLĀS PRASĪBAS PAMATPROGRAMMAI 1. GRUPAI (89 darbinieki) PAR PASŪTĪTĀJA LĪDZEKĻIEM** |
| 1 | Veselības apdrošināšanas karte tiek piedāvāta pacienta iemaksas, maksas ambulatoriem un maksas stacionāriem pakalpojumiem, visām papildprogrammām, ja tādas tiek individuāli izvēlētas. Izņēmums var būt pamatprogrammā papildus iekļautā maksas ambulatorā rehabilitācija, neatliekamā palīdzība. |  |  |  |
| 2 | **Veselības apdrošināšanas pamatprogrammā iekļauto maksas pakalpojumu apmaksas kārtība (arī papildus piedāvāto limitu palielinājumiem), ja zemāk prasībās nav noteikts savādāk:** |
| 3 | Līgumiestādēs – 100% līgumiestādes cenrāža apmērā, ja apdrošinātājs un līgumiestāde ir vienojušies par konkrēto pakalpojumu apmaksu.  |  |  |  |
| 4 | Iestādēs, ar kurām apdrošinātājam nav līguma, vai par pakalpojumiem līgumiestādēs, par kuru apmaksu apdrošinātājs un līgumiestāde nav vienojušies –100% apdrošinātāja cenrāža apmērā, kas nav zemāks par minimālajās prasībās noteikto (Pieļaujamais cenrādis, norādītās pozīcijas, sk. pielikums nr.4), ir pievienots šim piedāvājumam un līguma darbības laikā netiks samazināts vai kā citādi ierobežots. |  |  |  |
| 5 | **Pamatprogrammas (apmaksā pasūtītājs) minimālās prasības:** |
| 6 | Minimālā kopējā apdrošinājuma summa vienai personai gadā - ne mazāk kā 2200 EUR. |  |  |  |
| 7 | **Pacienta iemaksa** 100% apmērā, saskaņā ar 2013. gada 17. decembra MK noteikumos Nr. 1529 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” noteikto apmēru, saņemot ārstniecisko ambulatoro un stacionāro palīdzību (t.sk. pacienta līdzmaksājums, stacionārā rehabilitācija) - apdrošinājuma summa 600 EUR/gadā. |  |  |  |
| 8 | Apdrošinātājs nenosaka nevienu izņēmumu – ne pakalpojumam, ne diagnozei – ko neapmaksā, ja tiek izmantots pacienta iemaksas pakalpojums. |  |  |  |
| 9 | Ja pacienta iemaksas apdrošinājuma summa tiek iekļauta maksas ambulatoro un maksas stacionāro pakalpojumu apdrošinājuma summās, tad abu sadaļu apdrošinājuma summas jāpalielina par attiecīgi vismaz 300 EUR katra. |  |  |  |
| 10 | **Maksas ambulatorā palīdzība** - apdrošinājuma summa vienai apdrošināmai personai polises periodā (1 gads) - ne mazāk kā 430 EUR. Šajā sadaļā minētajiem pakalpojumiem nedrīkst būt izvirzīti papildus izmaksu limiti (piemēram, laboratorijas apmaksas gada limits u.c.), kas ierobežo apdrošināmā iespēju saņemt kādu pienākošos atlīdzību daļu, izņemot Tehniskajā specifikācijā minētos. |  |  |  |
| 11 | Ārstu (privātārstu, speciālistu (t.sk., dermatologs, fizikālās medicīnas un rehabilitācijas speciālists, rehabilitologs, flebologs), nenosakot apmaksājamo speciālistu sarakstu, maksas ģimenes ārstu un maksas internistu (terapeitu), profesoru, docentu un nodaļu vadītāju) konsultācijas bez ģimenes ārsta nosūtījuma.  |  |  |  |
| 12 | Ģimenes ārsta, māsas mājas vizītes.  |  |  |  |
| 13 | Ārsta veiktās ārstnieciskās manipulācijas vizītes laikā, t.sk. medikamentu injekcijas, infūzijas, blokādes, pārsiešanas un tamlīdzīgas ārstnieciskas manipulācijas.  |  |  |  |
| 14 | Ar darba specifiku saistītās obligātās veselības pārbaudes (OVP), ieskaitot sanitārās grāmatiņas, likumdošanā noteiktajā kārtībā un apjomā – 100% apmērā, nenosakot limitu pakalpojumam, ja pakalpojums saņemts līgumiestādē. |  |  |  |
| 15 | Plašais laboratorisko izmeklējumu klāsts – apmaksa 100% vai pēc E.Gulbja laboratorijas cenrāža: hematoloģija: pilna asins analīze, retikulocīti; koaguloģija: APTL, protrombīna komplekss, asins tecēšanas, recēšanas laiks; urīna analīzes, fēču izmeklējumi, asins bioķīmiskie izmeklējumi (cukura līmenis, bilirubīns, amilāzes, sārmainā fosfotāze, skābā fosfotāze, kreatinīns, holesterīns, ASAT, ALAT), reimotesti (siālskābe, C reaktīvais olbaltums, reimatoīdais faktors, antistreptolizīns O), vairogdziedzera hormoni (T3, T4, TSH), asins grupas noteikšana, Rh faktors, iztriepju izmeklēšana, onkocitoloģiskā izmeklēšana, histoloģijas analīzes un biopsiju izmeklējumi u.c. Pretendentam jānorāda visi piedāvātās pamatprogrammas ietvaros apmaksājamie laboratoriskie izmeklējumi, aizpildot pielikumu Nr.7. |  |  |  |
| 16 | Plašs diagnostisko (instrumentālo) izmeklējumu klāsts, paredzot kontrastvielu apmaksu. Minimālās prasības minētas pievienotajā pielikumā Nr.4. |  |  |  |
| 17 | „Dārgā diagnostika”, paredzot kontrastvielu apmaksu – kompjūtertomogrāfija, magnētiskā rezonanse, endoskopijas, scintigrāfijas u.tml. izmeklējumi. Kopējais atlīdzību limits - ne mazāk kā 170 EUR limits polises periodā (1 gads). Pakalpojums var tikt organizēts ar garantijas vēstules izsniegšanu, lai nodrošinātu bezskaidras naudas norēķinu.  |  |  |  |
| 18 | Ārsta apskates dažādu izziņu saņemšanai, t.sk, autotransporta vadīšanai, ieroču atļaujai u.c.. |  |  |  |
| 19 | Valsts neatliekamā medicīniskā palīdzība 100%. |  |  |  |
| 20 | **Profilaktiskā vakcinācija** pret ērču encefalītu, gripu, A hepatītu un B hepatītu - 100%, iekļauta maksas ambulatorajā limitā. Var tikt noteikts vienas vakcinācijas limits, ne mazāk kā norādīts cenrādī attiecīgi grupām, sk. pielikumus Nr.4.  Kopējais limits 50 EUR gadā.  |  |  |  |
| 21 | **Maksas fizikālās terapijas procedūras** 100%, bez ierobežojuma gadā un vienā saslimšanas reizē, iekļautas maksas ambulatorajā limitā. Maksas fizikālās terapijas nedrīkst iekļaut maksas ambulatorās rehabilitācijas apakšlimitā, ja tas tiek piedāvāts. Var tikt noteikts vienas pakalpojuma reizes limits, ne mazāk kā norādīts cenrādī, sk. pielikumus Nr.4.   |  |  |  |
| 22 | **Maksas stacionārā palīdzība** - atlīdzības apmērs – ne mazāk kā 430 EUR par gadījumu. |  |  |  |
| 23 | Ārstēšanās dienas un diennakts stacionārā ar vai bez primārās veselības aprūpes ārsta norīkojuma, tajā skaitā: |  |  |  |
| 24 | Maksas operācijas, tajā skaitā – plānveida. Tiek apmaksātas arī maksas kataraktas un glaukomas operācijas, vienu reizi apdrošināšanas polises perioda laikā. |  |  |  |
| 25 | Sarežģīti diagnostiskie un laboratoriskie izmeklējumi, ārstu konsultācijas, nozīmētie medikamenti. |  |  |  |
| 26 | Dienas un diennakts stacionārā pieejamais papildus serviss, arī saņemot veselības aprūpes pakalpojumus pacienta iemaksas apmērā.  |  |  |  |
| 27 | Apdrošinātājs var prasīt maksas stacionāro ārstniecību – operācijas – iepriekš saskaņot ar Apdrošinātāju, taču saskaņojuma savlaicīga neorganizēšana/ saņemšana bez saskaņojuma nevar kalpot par izmaksas atteikumu, ja izmaksa pienākas pēc programmas nosacījumiem (diagnoze vai pakalpojums nav izņēmumu sarakstā). |  |  |  |
| **MINIMĀLĀS PRASĪBAS PAMATPROGRAMMAI 2. GRUPAI (911 darbinieki) PAR PASŪTĪTĀJA LĪDZEKĻIEM** |
| 28 | Veselības apdrošināšanas karte tiek piedāvāta pacienta iemaksas, maksas ambulatoriem un maksas stacionāriem pakalpojumiem, visām papildprogrammām, ja tādas tiek individuāli izvēlētas. Izņēmums var būt pamatprogrammā papildus iekļautā maksas ambulatorā rehabilitācija, neatliekamā palīdzība. |  |  |  |
| 29 | **Veselības apdrošināšanas pamatprogrammā iekļauto maksas pakalpojumu apmaksas kārtība (arī papildus piedāvāto limitu palielinājumiem), ja zemāk prasībās nav noteikts savādāk:** |
| 30 | Līgumiestādēs – 100% apdrošinātāja cenrāža apmērā, kas nav zemāks par minimālajās prasībās noteikto (pieļaujamais cenrādis, norādītās pozīcijas, sk.pielikums Nr.5), ir pievienots šim piedāvājumam un līguma darbības laikā netiks samazināts vai kā citādi ierobežots. |  |  |  |
| 31 | Iestādēs, ar kurām apdrošinātājam nav līguma –100% apdrošinātāja cenrāža apmērā, kas nav zemāks par minimālajās prasībās noteikto (pieļaujamais cenrādis, norādītās pozīcijas, sk. pielikums Nr.5), ir pievienots šim piedāvājumam un līguma darbības laikā netiks samazināts vai kā citādi ierobežots. |  |  |  |
| 32 | **Pamatprogrammas (apmaksā pasūtītājs) minimālās prasības:** |
| 33 | Minimālā kopējā apdrošinājuma summa vienai personai gadā - ne mazāk kā 2050 EUR. |  |  |  |
| 34 | **Pacienta iemaksa** 100% apmērā, saskaņā ar 2013. gada 17. decembra MK noteikumos Nr. 1529 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” noteikto apmēru, saņemot ārstniecisko ambulatoro un stacionāro palīdzību (t.sk. pacienta līdzmaksājums, stacionārā rehabilitācija) - apdrošinājuma summa 600 EUR/gadā. |  |  |  |
| 35 | Apdrošinātājs nenosaka nevienu izņēmumu – ne pakalpojumam, ne diagnozei – ko neapmaksā, ja tiek izmantots pacienta iemaksas pakalpojums. |  |  |  |
| 36 | Ja pacienta iemaksas apdrošinājuma summa tiek iekļauta maksas ambulatoro un maksas stacionāro pakalpojumu apdrošinājuma summās, tad abu sadaļu apdrošinājuma summas jāpalielina par attiecīgi vismaz 300 EUR katra. |  |  |  |
| 37 | **Maksas ambulatorā palīdzība** - apdrošinājuma summa vienai apdrošināmai personai polises periodā (1 gads) - ne mazāk kā 430 EUR. Šajā sadaļā minētajiem pakalpojumiem nedrīkst būt izvirzīti papildus izmaksu limiti (piemēram, laboratorijas apmaksas gada limits u.c.), kas ierobežo apdrošināmā iespēju saņemt kādu pienākošos atlīdzību daļu, izņemot Tehniskajā specifikācijā minētos. |  |  |  |
| 38 | Ārstu (privātārstu, speciālistu (t.sk., dermatologs, fizikālās medicīnas un rehabilitācijas speciālists, rehabilitologs, flebologs), nenosakot apmaksājamo speciālistu sarakstu, maksas ģimenes ārstu un maksas internistu (terapeitu), profesoru, docentu un nodaļu vadītāju) konsultācijas bez ģimenes ārsta nosūtījuma.  |  |  |  |
| 39 | Ģimenes ārsta, māsas mājas vizītes.  |  |  |  |
| 40 | Ārsta veiktās ārstnieciskās manipulācijas vizītes laikā, t.sk.arī nozīmētās medikamentu injekcijas, infūzijas, blokādes, pārsiešanas un tamlīdzīgas ārstnieciskas manipulācijas.  |  |  |  |
| 41 | Ar darba specifiku saistītās obligātās veselības pārbaudes (OVP), ieskaitot sanitārās grāmatiņas, likumdošanā noteiktajā kārtībā un apjomā – 100% apmērā, nenosakot limitu pakalpojumam, ja pakalpojums saņemts līgumiestādē. |  |  |  |
| 42 | Plašs laboratorisko izmeklējumu klāsts – apmaksa 100% vai pēc E.Gulbja laboratorijas cenrāža: hematoloģija: pilna asins analīze, retikulocīti; koaguloģija: APTL, protrombīna komplekss, asins tecēšanas, recēšanas laiks; urīna analīzes, fēču izmeklējumi, asins bioķīmiskie izmeklējumi (cukura līmenis, bilirubīns, amilāzes, sārmainā fosfotāze, skābā fosfotāze, kreatinīns, holesterīns, ASAT, ALAT), reimotesti (siālskābe, C reaktīvais olbaltums, reimatoīdais faktors, antistreptolizīns O), vairogdziedzera hormoni (T3, T4, TSH), asins grupas noteikšana, Rh faktors, iztriepju izmeklēšana, onkocitoloģiskā izmeklēšana, histoloģijas analīzes un biopsiju izmeklējumi u.c.. Pretendentam jānorāda visi piedāvātās pamatprogrammas ietvaros apmaksājamie laboratoriskie izmeklējumi, aizpildot pielikumu Nr.7. |  |  |  |
| 43 | Plašs diagnostisko (instrumentālo) izmeklējumu klāsts, paredzot kontrastvielu apmaksu. Minimālās prasības minētas pievienotajā pielikumā Nr.5. |  |  |  |
| 44 | „Dārgā diagnostika”, paredzot kontrastvielu apmaksu – kompjūtertomogrāfija, magnētiskā rezonanse, endoskopijas, scintigrāfijas u.tml. izmeklējumi. Kopējais atlīdzību limits - ne mazāk kā 140 EUR limits polises periodā (1 gads). Pakalpojums var tikt organizēts ar garantijas vēstules izsniegšanu, lai nodrošinātu bezskaidras naudas norēķinu.  |  |  |  |
| 45 | Ārsta apskates dažādu izziņu saņemšanai, t.sk, autotransporta vadīšanai, ieroču atļaujai u.c.. |  |  |  |
| 46 | Valsts neatliekamā medicīniskā palīdzība 100%. |  |  |  |
| 47 | **Profilaktiskā vakcinācija** pret ērču encefalītu, gripu, A hepatītu un B hepatītu - 100%, iekļauta maksas ambulatorajā limitā. Var tikt noteikts vienas vakcinācijas limits, ne mazāk kā norādīts cenrādī, sk. pielikumus Nr.5.  Kopējais limits 50 EUR gadā. |  |  |  |
| 48 | **Maksas fizikālās terapijas procedūras** 100%, iekļautas maksas ambulatorajā limitā, ne mazāk kā 1 kurss (10 procedūras) vienā saslimšanas gadījumā. Maksas fizikālās terapijas nedrīkst iekļaut maksas ambulatorās rehabilitācijas apakšlimitā, ja tas tiek piedāvāts. Var tikt noteikts vienas pakalpojuma reizes limits, ne mazāk kā norādīts cenrādī, sk. pielikumu Nr.5.   |  |  |  |
| 49 | **Maksas stacionārā palīdzība** - atlīdzības apmērs – ne mazāk kā 430 EUR gadā. |  |  |  |
| 50 | Ārstēšanās dienas un diennakts stacionārā ar vai bez primārās veselības aprūpes ārsta norīkojuma, tajā skaitā: |  |  |  |
| 51 | Maksas operācijas, tajā skaitā – plānveida. Tiek apmaksātas arī maksas kataraktas un glaukomas operācijas, vienu reizi apdrošināšanas polises perioda laikā. |  |  |  |
| 52 | Sarežģīti diagnostiskie un laboratoriskie izmeklējumi, ārstu konsultācijas, nozīmētie medikamenti. |  |  |  |
| 53 | Stacionārā pieejamais papildus serviss, arī saņemot veselības aprūpes pakalpojumus pacienta iemaksas apmērā.  |  |  |  |
| 54 | Apdrošinātājs var prasīt maksas stacionāro ārstniecību – operācijas – iepriekš saskaņot ar Apdrošinātāju, taču saskaņojuma savlaicīga neorganizēšana/ saņemšana bez saskaņojuma nevar kalpot par izmaksas atteikumu, ja izmaksa pienākas pēc programmas nosacījumiem (diagnoze vai pakalpojums nav izņēmumu sarakstā). |  |  |  |
| **Pirmās un otrās grupu pamatprogrammu minimālo prasību paplašinājumi, ja tos iespējams iekļaut norādītajos prēmiju sliekšņos:** |
| 55 | Karpālā kanāla, protezēšanas operācija vienu reizi apdrošināšanas periodā iekļauta maksas stacionāra limitā |  |  |  |
| 56 | Vēnu operācija, t.sk.lāzeroperācijas, vienu reizi apdrošināšanas periodā iekļauta maksas stacionāra limitā |  |  |  |
| 57 | **Maksas ambulatorā rehabilitācija**, iekļautas maksas ambulatorajā limitā. Pakalpojuma limits ne mazāk kā 115 EUR (1. grupai) un 90 EUR (2. grupai); 100% apmaksa. Iekļaujamie pakalpojumi – ārstnieciskā vingrošana grupā, ūdens procedūru kurss ar ārstējošā ārsta nozīmējumu. Var tikt piedāvāts ar pēcapmaksu, iesniedzot apdrošinātājam nosūtījuma kopiju un maksājuma dokumentus. Apdrošinātājs nenosaka limitu par vienu pakalpojuma reizi, procedūru reižu skaitu limita ietvaros, kā arī nenosaka to speciālistu uzskaitījumu, kas var nozīmēt šo pakalpojumu. |  |  |  |
| 58 | Maksas ambulatorās rehabilitācijas programma tiek papildināta ar individuālo ārstniecisko vingrošanu, masāžu, manuālo terapiju, iekļaujot to augstāk minētajā limitā. Apdrošinātājs nenosaka limitu par vienu pakalpojuma reizi, procedūru reižu skaitu limita ietvaros, kā arī nenosaka to speciālistu uzskaitījumu, kas var nozīmēt šo pakalpojumu. |  |  |  |
| 59 | **Maksas stacionārā rehabilitācija**, apdrošinājuma summa (limits) ne mazāka kā 140 EUR polises periodā, apmaksa – 100% un 70%. Maksas stacionārās rehabilitācijas pakalpojumus var saņemt ar speciālista nosūtījumu sekojošos gadījumos, kas nosaka arī apmēru, ko, nepārsniedzot gada limitu, apmaksās apdrošinātājs:* 100%, ja pakalpojums tiek saņemts pēc smagas saslimšanas vai traumas polises darbības periodā, ja apdrošinātā persona ir ārstējusies stacionārā ne mazāk kā 5 dienas, un pakalpojums tiek saņemts 30 dienu laikā pēc izrakstīšanās no stacionāra.
* 70% apmērā, ja pakalpojums tiek saņemts pēc stacionārās ārstēšanās polises darbības periodā.

Šī pakalpojuma saņemšanai netiek izsniegtas garantijas vēstules, ir paredzēts tikai pēcapmaksas norēķins. |  |  |  |
| **MINIMĀLĀS PRASĪBAS PAMATPROGRAMMAI 3. GRUPAI (362 darbinieki) PAR PASŪTĪTĀJA LĪDZEKĻIEM** |
| 60  | Veselības apdrošināšanas karte tiek piedāvāta pacienta iemaksas, maksas ambulatoriem un maksas stacionāriem pakalpojumiem, visām papildprogrammām, ja tādas tiek individuāli izvēlētas. Izņēmums var būt pamatprogrammā papildus iekļautā maksas ambulatorā rehabilitācija, neatliekamā palīdzība.. |  |  |  |
| 61 | **Veselības apdrošināšanas pamatprogrammā iekļauto maksas pakalpojumu apmaksas kārtība:** |
| 62 | Līgumiestādēs un nelīgumiestādēs – apdrošinātāja cenrāža apmērā, kas nav zemāks par minimālajās noteikto (pieļaujamais cenrādis, norādītās pozīcijas, sk.pielikums nr.6), ir pievienots šim piedāvājumam un līguma darbības laikā netiks samazināts vai kā citādi ierobežots. |  |  |  |
| 63 | **Pamatprogrammas (apmaksā pasūtītājs) minimālās prasības:** |
| 64 | Minimālā kopējā apdrošinājuma summa vienai personai gadā - ne mazāk kā 1000 EUR. |  |  |  |
| 65 | **Pacienta iemaksa** 100% apmērā, saskaņā ar 2013. gada 17. decembra MK noteikumos Nr. 1529 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” noteikto apmēru, saņemot ārstniecisko ambulatoro un stacionāro palīdzību (t.sk. pacienta līdzmaksājums, stacionārā rehabilitācija) - apdrošinājuma summa 600 EUR/gadā. |  |  |  |
| 66 | Apdrošinātājs nenosaka nevienu izņēmumu – ne pakalpojumam, ne diagnozei – ko neapmaksā, ja tiek izmantots pacienta iemaksas pakalpojums. |  |  |  |
| 67 | Ja pacienta iemaksas apdrošinājuma summa tiek iekļauta maksas ambulatoro pakalpojumu apdrošinājuma summā, tad abu sadaļu kopējā apdrošinājuma summa minimāli ir vismaz 1000 EUR. |  |  |  |
| 68 | **Maksas ambulatorā palīdzība** - apdrošinājuma summa vienai apdrošināmai personai polises periodā (1 gads) - ne mazāk kā 400 EUR. Šajā sadaļā minētajiem pakalpojumiem nedrīkst būt izvirzīti papildus izmaksu limiti (piemēram, laboratorijas apmaksas gada limits u.c.), kas ierobežo apdrošināmā iespēju saņemt kādu pienākošos atlīdzību daļu, izņemot Tehniskajā specifikācijā minētos. |  |  |  |
| 69 | Ārstu konsultācijas (vismaz: ķirurgs, neirologs, urologs, traumatologs, ginekologs, endokrinologs, kardiologs, reimatologs, nefrologs, otolaringologs, oftalmologs, fizioterapeits) bez ģimenes ārsta nosūtījuma. Pieļaujamais cenrādis - ne mazāk kā 15 EUR par speciālista apmeklējumu pirmreizējai un atkārtotai vizītei. |  |  |  |
| 70  | Ģimenes ārsta, māsas mājas vizītes.  |  |  |  |
| 71 | Ārsta nozīmētas ārstnieciskās manipulācijas, kas minētas pievienotajā pielikumā nr.6 kā minimālās prasības. |  |  |  |
| 72 | Ar darba specifiku saistītās obligātās veselības pārbaudes (OVP), ieskaitot sanitārās grāmatiņas, likumdošanā noteiktajā kārtībā un apjomā – 100% apmērā, nenosakot limitu pakalpojumam, ja pakalpojums saņemts līgumiestādē. |  |  |  |
| 73 | Plašais laboratorisko izmeklējumu klāsts – apmaksa 100% vai pēc E.Gulbja laboratorijas cenrāža: hematoloģija: pilna asins analīze, retikulocīti; koaguloģija: APTL, protrombīna komplekss, asins tecēšanas, recēšanas laiks; urīna analīzes, fēču izmeklējumi, asins bioķīmiskie izmeklējumi (cukura līmenis, bilirubīns, amilāzes, sārmainā fosfotāze, skābā fosfotāze, kreatinīns, holesterīns, ASAT, ALAT), reimotesti (siālskābe, C reaktīvais olbaltums, reimatoīdais faktors, antistreptolizīns O), vairogdziedzera hormoni (T3, T4, TSH), asins grupas noteikšana, Rh faktors, iztriepju izmeklēšana, onkocitoloģiskā izmeklēšana, histoloģijas analīzes un biopsiju izmeklējumi u.c. Pretendentam jānorāda visi piedāvātās pamatprogrammas ietvaros apmaksājamie laboratoriskie izmeklējumi, aizpildot pielikumu Nr.7. |  |  |  |
| 74 | Maksas diagnostiskie (instrumentālie) izmeklējumi – minimālās prasības minētas pievienotajā pielikumā Nr.6.  |  |  |  |
| 75 | „Dārgā diagnostika”– skaitļotājtomogrāfija, magnētiskā rezonanse, endoskopijas, scintigrāfijas. izmeklējumi. Kopējais atlīdzību limits - ne mazāk kā 30 EUR polises periodā.  |  |  |  |
| 76  | **Profilaktiskā vakcinācija** pret ērču encefalītu, gripu, A hepatītu un B hepatītu - 100%, iekļauta maksas ambulatorajā limitā. Var tikt noteikts vienas vakcinācijas limits, ne mazāk kā norādīts cenrādī attiecīgi grupām, sk. pielikumus Nr.4., Nr.5.  Kopējais limits 50 EUR gadā. |  |  |  |
| 77 | Maksas fizikālās terapijas procedūras 100%, iekļautas maksas ambulatorajā limitā, ne mazāk kā 1 kurss (10 procedūras) gadā. Maksas fizikālās terapijas nedrīkst iekļaut maksas ambulatorās rehabilitācijas apakšlimitā, ja tas tiek piedāvāts. Var tikt noteikts vienas pakalpojuma reizes limits, ne mazāks kā norādīts cenrādī, sk. pielikumu Nr.6.  |  |  |  |
| 78 | Ārsta apskates sekojošu izziņu saņemšanai - autotransporta vadīšana, ieroča nēsāšanas atļauja. |  |  |  |
| 79 | Valsts neatliekamā medicīniskā palīdzība 100%. |  |  |  |
| **3. grupas pamatprogrammu minimālo prasību paplašinājumi, ja tos iespējams iekļaut norādītajos prēmiju sliekšņos:** |
| 80 | **Maksas ambulatorā rehabilitācija,** iekļauta maksas ambulatorajā limitā. Ārstnieciskā vingrošana grupā un individuāli ar 100% apmaksu, limits 30 EUR - ar ārstējošā ārsta nozīmējumu. Var tikt piedāvāts ar pēcapmaksu, iesniedzot apdrošinātājam nosūtījuma kopiju un maksājuma dokumentus. Apdrošinātājs nenosaka limitu par vienu pakalpojuma reizi, procedūru reižu skaitu limita ietvaros, kā arī nenosaka to speciālistu uzskaitījumu, kas var nozīmēt šo pakalpojumu. |  |  |  |
| 81 | **Maksas stacionārā palīdzība** - atlīdzības apmērs – 300 EUR gadā. Ārstēšanās dienas un diennakts stacionārā ar vai bez primārās veselības aprūpes ārsta norīkojuma, tajā skaitā:Maksas operācijas, tajā skaitā – plānveida;Sarežģīti diagnostiskie un laboratoriskie izmeklējumi, ārstu konsultācijas, nozīmētie medikamenti;Stacionārā pieejamais papildus serviss, arī saņemot veselības aprūpes pakalpojumus pacienta iemaksas apmērā. |  |  |  |
| **PAPILDPROGRAMMAS PAR PRIVĀTAJIEM LĪDZEKĻIEM** |
| 82 | Pretendents veic izmaksu un atļauj saņemt papildprogrammās paredzētos pakalpojumus gan pretendenta līgumiestādēs, gan iestādēs, kur pretendentam nav sadarbības līguma.  |  |  |  |
| 83  | Pretendents var piedāvāt cenrādi zobārstniecības pakalpojumu apmaksai, ja tie saņemti nelīgumiestādē. |  |  |  |
|  84 | **Medikamentu apmaksa**, neiekļaujot neapmaksājamo medikamentu sarakstus, 50% apmērā no čeka summas - visi ārstējošā ārsta receptē izrakstītie medikamenti, kas reģistrēti LR Zāļu reģistrā. Apdrošinājuma summa vienai personai gadā - 70 EUR (no 140 EUR). |  |  |  |
|  85 | **Zobārstniecības pakalpojumi** 50% apmērā - zobārsta vizīte un konsultācija, rentgeni, vietējā anestēzija, zobu ekstrakcijas, zobu terapeitiska labošana, plombēšana, zobu higiēnas pakalpojumi (ne vairāk kā vienu reizi gadā). Apdrošinājuma summa vienai personai gadā - 145 EUR (no 290 EUR). |  |  |  |
|  86 | **Maksas ambulatorā rehabilitācija** 100% apmērā, gada limits 150 EUR - nenosakot speciālista sarakstu, kas var nozīmēt pakalpojuma saņemšanu un diagnozes, kuru gadījumos apmaksu neveic – speciālista nozīmēts ārstnieciskās masāžas, ūdens procedūru, manuālās terapijas, ārstnieciskās vingrošanas individuāli un grupās kurss. Nav limita par pakalpojuma reizi. |  |  |  |
|  87 | **Sports (veselības veicināšana)** – nodarbības trenažieru zālē, aerobika, baseina apmeklējumi, teniss un skvošs – 4 reizes mēnesī, ne vairāk kā 4.5 EUR par reizi. Pretendentam jāparedz arī mēneša abonementu apmaksa ne mazāk kā noteiktā reižu skaita un piedāvātā vienas apmeklējuma reizes limita reizinājuma apmērā. |  |  |  |
| **ATVĒRTĀ POLISE** |
|  88 | No Atvērtās polises pēc Pasūtītāja norādījuma apdrošinātajiem darbiniekiem tiks apmaksāti pakalpojumi, kas nav iekļauti polises segumā (izņēmumi) vai arī pakalpojums polises ietvaros ir apmaksāts daļēji. Apdrošinājuma summu polises periodā nosaka Pasūtītājs.  |  |  |  |
|  89 | Administratīvo izdevumu izmaksas – ne vairāk kā **8** procenti no iemaksātās summas. |  |  |  |
|  90 | Apdrošinātājs paredz, ka Pasūtītājs Atvērto polisi varēs pieteikt brīdī, kad būs pirmais attiecināmais gadījums, iemaksājot Pasūtītāja noteikto summu. Apdrošinātājs neierobežo Atvērtajā polisē iemaksājamo summu, nosakot minimālās vai maksimālās robežas. |  |  |  |
|  91 | Apdrošinātājs paredz, ka Pasūtītājs varēs papildināt Atvērto polisi līguma laikā, un 1. (pirmajā) polises periodā neizmantotā iemaksātā summa tiks pārnesta uz 2.(otro) polises periodu. |  |  |  |
| **PRETENDENTAM JĀNODROŠINA SEKOJOŠA LĪGUMA FUNKCIONALITĀTE**  |
|  92 | Darbinieki viena mēneša laikā no līguma (vai jaunu Darbinieku iekļaujot polisē, ļaut tam izvēlēties jau esošu programmu kombināciju, un veikt papildprogrammas apmaksu par saviem līdzekļiem) noslēgšanas dienas var izvēlēties papildprogrammas un apmaksāt tās paši, izmantojot Pasūtītāju kā starpnieku vai norēķinoties, saņemot atsevišķu rēķinu. |  |  |  |
|  93 | Darbinieku radinieki (laulātie, bērni un vecāki) viena mēneša laikā no apdrošināšanas polises noslēgšanas dienas var izvēlēties programmu (pamatprogrammu; papildprogrammas) un apmaksāt no personīgajiem līdzekļiem, izmantojot Pasūtītāju kā starpnieku vai norēķinoties, saņemot atsevišķu rēķinu no Pretendenta. Apdrošinātā darbinieka radinieki var izvēlēties programmu, kas ir pieejama konkrētajam darbiniekam, vai ir zemāka līmeņa. |  |  |  |
|  94 | Maksimālais izvēlēto programmu kombināciju skaits līgumā - 10, nosakot minimālo dalībnieku skaitu grupā – atsevišķas apakšgrupas dalībnieku skaits var sākties no 5 (pieciem) dalībniekiem, kas pamatprogrammai ir izvēlējušies kādu no papildprogrammām. |  |  |  |
|  95 | Darbiniekiem ir iespēja līguma 2. gada polises sākumā uzlabot polises segumu, izvēloties papildprogrammas jaunajam periodam. |  |  |  |
|  96 | Apdrošinātājs polises ietvaros apmaksā izdevumus, kas apdrošinātajai personai radušies, ārstējot pirms apdrošināšanas līguma darbības sākuma diagnosticētu slimību vai traumu, vai hronisku slimību, maksas pakalpojumu apmērā ambulatori un stacionāri, bez papildus nogaidīšanas termiņiem un citiem ierobežojumiem. |  |  |  |
|  97 | Visi piedāvājumā minētie apdrošināšanas nosacījumi tiek attiecināti arī uz Pasūtītāja radiniekiem, kuri apdrošināšanu izvēlēsies brīvprātīgi. |  |  |  |
| 98 | Visi piedāvājumā minētie apdrošināšanas nosacījumi tiek attiecināti arī uz Pasūtītāja darbiniekiem, kuri apdrošināšanu izvēlēsies brīvprātīgi 50% sedzot no privātiem līdzekļiem. |  |  |  |
| 99  | Apdrošinātājs apmaksā piedāvājumā iekļautos pakalpojumus, ja tie saņemti visās pieejamās sertificētās, LR veselības aprūpes iestāžu, uzņēmumu un prakšu reģistrā reģistrētās līgumiestādēs un arī nelīgumiestādēs, nenosakot no šo iestāžu vidus tādas, kurās saņemtie piedāvājumā iekļautie pakalpojumi netiks apmaksāti vispār. |  |  |  |
| 100 | Koeficienta – ne lielāka kā 1,25 - piemērošana apdrošināšanas prēmijas noteikšanai Pasūtītāja darbinieku radiniekiem – vecākiem; pasūtītāja radiniekiem – dzīvesbiedram un bērniem – jāparedz iespēja iegādāties veselības apdrošināšanas polisi par tādu pašu prēmiju, kā darbiniekam. Apdrošinātājs nenosaka vecuma ierobežojumus pasūtītāja radiniekiem. |  |  |  |
| 101 | Pasūtītāja darbiniekiem, kas apdrošinās daļēji par saviem līdzekļiem, jāparedz iespēja iegādāties veselības apdrošināšanas polisi par tādu pašu prēmiju, kā darbiniekam, kuri tek apdrošināti 100% par darba devēja līdzekļiem. |  |  |  |
| 102  | Pakalpojumi pieejami pilnā apmērā sākot ar pirmo veselības apdrošināšanas polises darbības dienu un visā tās darbības laikā bez termiņu (piemēram, nogaidīšanas termiņš maksas stacionārajiem pakalpojumiem, vai jaunpieņemtajiem darbiniekiem; derīguma termiņš nosūtījumiem) ierobežojumiem, saskaņā ar Tehnisko piedāvājumu. |  |  |  |
| 103 | Apdrošinātājs brīdina apdrošinātās personas par segumā ietverto limitu izmantošanu, ja tie jau izmantoti par 80% vai ir atlikusi kāda noteikta, konstanta summa. |  |  |  |
| 104  | Apdrošinātājs vērš regresu par pārtērētajiem apdrošināšanas polisē paredzētajiem, pieļaujamajiem limitiem tikai pret apdrošināto personu. |  |  |  |
| 105  | Apdrošināšanas atlīdzības saņemšana 7 (septiņu) darba dienu laikā pēc nepieciešamo dokumentu saņemšanas apdrošinātāja centrālajā birojā vai birojā, kur notiek atlīdzību lietu izskatīšana. |  |  |  |
| 106  | Apdrošinātā persona atlīdzības pieteikumu var iesniegt visa polises perioda (1 gads) laikā un vēl 30 dienas pēc perioda beigām, nenosakot ierobežojumus iesniegšanas termiņam kā pamatojumu atteikumam veikt izmaksu, ja tā pienākas pēc polises nosacījumiem. |  |  |  |
| 107  | Iespēja veikt Apdrošināmo personu skaita izmaiņas ne retāk kā 1 (vienu) reizi mēnesī apdrošināšanas perioda laikā. |  |  |  |
| 108  | Līguma izmaiņu gadījumos (pievienojot jaunus darbiniekus) apdrošināšanas prēmija tiek noteikta par pilniem mēnešiem proporcionāli termiņam, nesamazinot apdrošinājuma summas un limitus; apdrošināšanas prēmijas atlikums tiek aprēķināts (izslēdzot darbiniekus, pārtraucot darba attiecības) par pilniem mēnešiem proporcionāli termiņam. |  |  |  |
| 109  | Veicot pārrēķinu darbinieka izslēgšanai no polises, pārtraucot darba attiecības, netiek ieturēti administratīvie atskaitījumi; pārrēķins tiek veikts nekavējoties, izmaiņu veikšanas dienā. |  |  |  |
| 110  | Izslēdzot no polises darbinieku, pēc Pasūtītāja norādes no līguma tiek izslēgts arī darbinieka radinieks. |  |  |  |
| 111  | Apdrošinātājs piekrīt, ka Pasūtītājs var neinformēt par darba attiecību pārtraukšanu ar apdrošināto darbinieku un ļaut darbiniekam turpināt izmantot apdrošināšanas polisi konkrētā polises perioda ietvaros,  |  |  |  |
| 112  | Dokumentu pieprasīšana tikai par apdrošināšanas periodā izmantoto pakalpojumu, ja atlīdzības apmaksāšanai nepieciešami papildus dokumenti. |  |  |  |
| 113  | Skaidri formulēts un pamatots atlīdzības izmaksu atteikums. |  |  |  |
| 114  | Plašs līgumorganizāciju klāsts Rīgā un Rīgas raģionā kur saņemt maksas ambulatoros un/vai maksas stacionāros pakalpojumus, ieskaitot Medicīnas sabiedrību ARS, Veselības centru 4 un tā filiāles; Jelgavā un Jelgavas novadā – līgumi vismaz ar Jelgavas poliklīniku un Jelgavas pilsētas slimnīcu, Zemgales veselības centru. |  |  |  |
| 115  | Rakstiskas garantijas izsniegšana medicīniskajām iestādēm maksas skaitļotājtomgrāfijas, magnētiskās rezonanses izmeklējumu un maksas stacionāro pakalpojumu saņemšanai - 3 (trīs) darba dienu laikā pēc pieprasījuma saņemšanas apdrošinātāja centrālajā birojā (arī elektroniski), ja pakalpojumu paredz apdrošināšanas programma. |  |  |  |
| 116  | Līgumorganizāciju skaita papildināšana pēc Pasūtītāja lūguma, ja Apdrošinātājs un attiecīgā ārstniecības iestāde/ konkrētais ārstniecības pakalpojumu sniedzējs spēj vienoties par sadarbības līguma nosacījumiem. |  |  |  |
| 117  | Līgumorganizāciju precīza saraksta ievietošana Pasūtītāja mājas lapā internetā. |  |  |  |
| 118  | Papildus ierobežojumu vai piemaksu nenoteikšana līguma darbības laikā pakalpojumiem, ja tādi nav bijuši uzrādīti Tehniskajā piedāvājumā. |  |  |  |
| 119  | Bezmaksas nepieciešamo dokumentu kopiju, kā arī izziņu izsniegšana iesniegšanai Valsts ieņēmuma dienestam, ne vēlāk kā 10 darba dienu laikā no pieprasījuma brīža. |  |  |  |
| 120 | Darbiniekiem jādod iespēja iegādāties augstāka līmeņa programmu, papildus prēmiju samaksājot no privātajiem līdzekļiem. |  |  |  |

Nolikuma pielikumi Nr. 4., Nr.5., Nr.6. nosaka minimālās prasības maksas manipulāciju un maksas diagnostisko pakalpojumu piedāvājumam, kas jāņem vērā Pretendentam, sagatavojot piedāvājumu.

Pielikumu, kas publicēti pasūtītāja interneta mājas lapā, saraksts

Pielikums Nr. 4 – 1. grupas pamatprogrammā ietverto maksas pakalpojumu cenrādis – minimālās prasības un piedāvājuma tabula.

Pielikums Nr. 5 – 2. grupas pamatprogrammā ietverto maksas pakalpojumu cenrādis līguma un nelīgumiestādēs – minimālās prasības un piedāvājuma tabula.

Pielikums Nr. 6 – 3. grupas pamatprogrammā ietverto maksas pakalpojumu cenrādis līguma un nelīgumiestādēs – minimālās prasības un piedāvājuma tabula.

Pielikums Nr. 7 – Laboratorijas izmeklējumu saraksts 1.,2. un 3. grupām.

Pielikumi ir publicēti pasūtītāja – Jelgavas novada pašvaldības interneta mājas lapā www. jelgavasnovds.lv, sadaļā „Iepirkumi”, pie iepirkuma dokumentācijas.

Pielikums Nr.8

Konkursa, identifikācijas

Nr. JNP/2016/65, nolikumam

VESELĪBAS APDROŠINĀŠANAS FINANŠU PIEDĀVĀJUMS

Piedaloties atklātā konkursā **„Jelgavas novada pašvaldības administrācijas un iestāžu darbinieku veselības apdrošināšana”,** mēs piedāvājam veikt veselības apdrošināšanas pakalpojumus saskaņā ar konkursa nolikumu un tā pielikumiem, tajā noteiktajā laikā un veidā.

*Pretendents aizpilda iezīmētos lauciņus:*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Apdrošināšanas prēmija (sk. atbilstošos punktus Tehniskajā specifikācijā) | Gada prēmija vienam 1. grupas darbiniekam | Gada prēmija vienam 2. grupas darbiniekam | Gada prēmija vienam 3. grupas darbiniekam |
|  Pamatprogramma (EUR) | *norādīt* | *norādīt* | *norādīt* |
| Kopējā līgumsumma pirmajam apdrošināšanas periodam (a) : | *cena vienam darbiniekam x 89* | *cena vienam darbiniekam x 911*  | *cena vienam darbiniekam x 362* |
| Kopējā līgumsumma otrajam apdrošināšanas periodam (b): | *cena vienam darbiniekam x 89* | *cena vienam darbiniekam x 911* | *cena vienam darbiniekam x 362* |
| Kopējā prognozētā līgumsumma abiem apdrošināšanas periodiem (a+b) pa grupām: | *Norādīt summu (A), saskaitot a un b ailes summas* | *Norādīt summu (B), saskaitot a un b ailes summas* | *Norādīt summu (C), saskaitot a un b ailes summas* |
| Kopējā prognozētā līgumsumma līguma laikā visām grupām | *Norādīt kopsummu, izmantojot šādu aprēķinu* *=(A+B+C)*  |
|  |  |  |  |
| Papildprogrammas nosaukums.  | Prēmija (EUR) gadā vienam cilvēkam |
| 1            Papildprogramma „Medikamentu iegāde” (EUR) | *Norādīt* |
| 2            Papildprogramma „Zobārstniecība” (EUR) | *Norādīt*  |
| 3            Papildprogramma „Ambulatorā rehabilitācija” (EUR) | *Norādīt*  |
| 4            Papildprogramma „Veselības veicināšana” (EUR) | *Norādīt*  |
| Kopējā cena par visām 4 programmām, saskaitot prēmijas katrā rindā | *Norādīt* |
|  |  |  |  |
| Pretendenta atzīme par papildus iekļautajiem maksas pakalpojumiem (saskaņā ar Tehniskās specifikācijas, pielikums Nr.3, 55.-59.un 80.-81.rindām, ) | Iekļauts/ neiekļauts 1.un 2.grupai  | Iekļauts/ neiekļauts 3.grupai  |
| 1.       Ambulatorā rehabilitācija (ārstn.vingr.) atbilstoši grupas prasībām | *Norādīt* | *norādīt*  |
| 2.        Ambulatorā rehabilitācija (masāža) atbilstoši grupas prasībām  | *Norādīt* | - |
| 3.       Karpālā kanāla, protezēšanas operācijas | *Norādīt* | - |
| 4. Vēnu operācijas | *Norādīt*  | - |
| 5.       Stacionārā rehabilitācija | *Norādīt* |  - |
| 6. Stacionārā palīdzība | *-* | *Norādīt*  |
|  |  |  |  |
| Piemaksas koeficients ģimenes locekļu – vecāku - polisēm | 1.grupas pamatprogramma | 2.grupas pamatprogramma | 3.grupas pamatprogramma |
|   |   |   |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | No 2.grupas progammas uz 1.grupas programmu | No 3.grupas programmas uz 1.grupas programmu | No 3.grupas programmas uz 2.grupas programmu |
| Papildus prēmija, ko darbinieks piemaksā no saviem līdzekļiem, lai uzlabotu programmas segumu |  |  |  |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| Atvērtā polise - administratīvo izdevumu procents, ko ietur Pretendents |   |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Norādīt Jā / Nē |
| Pārtraucot apdrošināšanas polisi, apdrošinātājs, nosakot atmaksājamās prēmijas daļu, atskaita izmaksātās apdrošināšanas atlīdzības no prēmijas daļas, kas proporcionāla neizmantotajam apdrošināšanas periodam.  |  |
| Pārtraucot apdrošināšanas polisi, apdrošinātājs, nosakot atmaksājamās prēmijas daļu, atskaita izmaksātās apdrošināšanas atlīdzības daļu, kas pārsniedz prēmijas daļu kas proporcionāla izmantotajam apdrošināšanas periodam. |  |
| Pārtraucot apdrošināšanas polisi, apdrošinātājs, nosaka atmaksājamās prēmijas daļu, proporcionāli neizmantotajam apdrošināšanas periodam, neatskaitot izmaksātās apdrošināšanas atlīdzības. |  |

Datums:

Uzņēmuma vadītāja vai tā pilnvarotās personas (pievienot pilnvaru) paraksts, tā atšifrējums, zīmogs.

|  |  |
| --- | --- |
| Pilnvarotās personas paraksts: |  |
| Parakstītāja vārds, uzvārds un amats: |  |
| Piedāvājumu iesniedzējas sabiedrības nosaukums: |  |

Pielikums Nr.9

Konkursa, identifikācijas

Nr. JNP/2016/65, nolikumam

LĪGUMA PROJEKTS

**par veselības apdrošināšanas pakalpojumiem**

Jelgava 2016.gada \_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Apdrošinājuma ņēmēja uzskaites Nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Apdrošinātāja uzskaites Nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Jelgavas novada pašvaldība,** nod.maks.reģ.Nr. 90009118031, adrese: Pasta iela 37, Jelgava, LV-3001, kuru saskaņā ar pašvaldības nolikumu pārstāv izpilddirektors Ivars Romānovs (turpmāk – APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS), no vienas puses, un \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (turpmāk - APDROŠINĀTĀJS), kuru pamatojoties uz statūtiem / pilnvaru pārstāv tās valdes priekšsēdētājs / pilnvarotā persona\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no otras puses, (abi kopā un katrs atsevišķi turpmāk – Puses/Puse), pamatojoties uz iepirkuma „Jelgavas novada pašvaldības administrācijas un iestāžu darbinieku veselības apdrošināšana”, identifikācijas Nr. JNP/2016/65 (turpmāk – Iepirkums) rezultātiem noslēdz šādu līgumu (turpmāk - Līgums) par turpmāko.

1. **Līguma priekšmets un Līguma darbības vieta un laiks**
	1. APDROŠINĀTĀJS sniedz veselības apdrošināšanas pakalpojumus APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA darbiniekiem (turpmāk - Darbinieki) un radiniekiem (turpmāk – kopā ar darbiniekiem – APDROŠINĀTĀS PERSONAS) saskaņā ar APDROŠINĀTĀJA iesniegto piedāvājumu iepirkumam Jelgavas novada pašvaldības administrācijas un iestāžu darbinieku veselības apdrošināšana”, identifikācijas Nr. JNP/2016/65, un spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem.
	2. Noslēdzot līgumu APDROŠINĀTĀJS apliecina, ka tam ir zināmas un pieņemamas visas Konkursa ietvaros izvirzītās prasības un apņemas tās ievērot visā Līguma izpildes laikā.
	3. Līgums stājas spēkā tā parakstīšanas dienā un ir spēkā 2 (divus) gadus, līdz tajā paredzēto Pušu saistību pilnīgai izpildei.
	4. Līguma darbības vieta ir Latvija Republika.
	5. Veselības apdrošināšanas polises darbības termiņš ir 1 (viens) gads. Pēc gada APDROŠINĀTĀJS izsniedz APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM jaunu polisi atbilstoši izmaiņām APDROŠINĀTO PERSONU sastāvā un veselības apdrošināšanas programmu izvēlē.
2. **Līguma apdrošinājuma summas un apdrošināšanas prēmija**
	1. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS un APDROŠINĀTĀJS vienojas, ka APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS Darbiniekiem iegādājas 3 (trīs) dažādu veidu programmu segumus; tos par personīgiem līdzekļiem drīkst iegādāties arī radinieki (atbilstoši APDROŠINĀTĀJA piedāvājumam) un darbinieku grupa, kura 50% no prēmijas sedz no personīgiem līdzekļiem.
	2. Darbiniekiem un to radiniekiem tiek piedāvāta iespēja par saviem līdzekļiem iegādāties Tehniskajā specifikācijā minētās papildprogrammas (vienu vai vairākas), kuru saraksts un apraksts norādīts APDROŠINĀTĀJA Tehniskajā un Finanšu piedāvājumā (Līguma 2.pielikums), kas ir neatņemama šī Līguma sastāvdaļa.
	3. Gada apdrošinājuma summa un gada apdrošināšanas prēmija katram Darbiniekam, kurš apdrošināts saskaņā ar šo Līgumu, tiek norādīta APDROŠINĀTĀJA izsniegtajā polisē, ko rakstiski apstiprina abas Puses, un kas atbilst Līguma pielikumā Nr. 2 minētajam.
	4. Kopējā apdrošināšanas prēmija par pirmo apdrošināšanas periodu tiek apmaksāta 20 (divdesmit) darba dienu laikā pēc APDROŠINĀTĀJA rēķina saņemšanas.
	5. Kopējā apdrošināšanas prēmija par otro apdrošināšanas periodu tiek saskaņota atsevišķi, saskaņā ar APDROŠINĀTĀJA Konkursā iesniegto Piedāvājumu atbilstoši reālajam Apdrošināmo personu skaitam pirmā apdrošināšanas perioda beigās un izvēlētajām papildus programmām, un apmaksāta kārtībā un termiņos, kādi norādīti šī līguma 3.1.6.punktā.
3. **APDROŠINĀTĀJA un APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA tiesības un pienākumi**
	1. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS apņemas:
		1. iesniegt polises sagatavošanai APDROŠINĀTĀJAM elektroniskā veidā (Excel formātā) apdrošināmo Darbinieku un Radinieku sarakstu, kur norādīts vārds, uzvārds, personas kods un izvēlētā papildprogrammu kombinācija, ne vēlāk kā 10 (desmit) darba dienu laikā pēc Līguma noslēgšanas, kā arī ne vēlāk kā 7 (septiņas) dienas pirms polises darbības pirmā mēneša beigām;
		2. informēt Līguma 1.pielikumā noteiktos Darbiniekus par to, ka tie tiek apdrošināti, iepazīstinot tos ar noslēgtās polises programmas un noteikumu saturu;
		3. informēt apdrošinātos Darbiniekus, ja tie apdrošina savus Radiniekus šī Līguma ietvaros, par radinieku apdrošināšanas programmu saturu, noteikumiem, un polises apmaksas kārtību, kā arī sadarboties ar APDROŠINĀTĀJU Radinieku polises nesavlaicīgas apmaksas gadījumos, lai apmaksa tiktu veikta;
		4. rakstiski informēt APDROŠINĀTĀJU par apdrošināmajiem Darbiniekiem, kuri iekļaujami polisē polises darbības laikā, ne biežāk kā 1 (vienu) reizi mēnesī;
		5. rakstiski informēt APDROŠINĀTĀJU par apdrošinātajiem Darbiniekiem, kuri no polises izslēdzami polises darbības laikā, ne biežāk kā 1 (vienu) reizi mēnesī;
		6. apmaksāt APDROŠINĀTĀJA sagatavotos rēķinus 20 (divdesmit) darba dienu laikā no to saņemšanas dienas elektroniski. Prēmijas samaksa tiks veikta 1(vienā) maksājumā par katru polisi, katrā polises gadā atsevišķi.
	2. APDROŠINĀTĀJS apņemas:
		1. Līguma un polises darbības laikā nekādā veidā nepasliktināt APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM vai Darbiniekiem, Radiniekiem iegādātā apdrošināšanas seguma nosacījumus, kā arī jebkurā citā veidā neapgrūtināt Darbinieku un Radinieku iespējas saņemt tiem pienākošos apdrošināšanas pakalpojumus;
		2. izsniegt APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM apdrošināšanas polisi un individuālos apdrošināšanas dokumentus atbilstoši APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA iesniegtajam APDROŠINĀTO PERSONU sarakstam 5 (piecu) darba dienu laikā pēc 3.1.1. punktā minētā saraksta saņemšanas;
		3. nodrošināt dokumentu pieņemšanu apdrošināšanas atlīdzības izmaksai:
			1. pa pastu uz adresi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
			2. pa e-pastu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ vai APDROŠINĀTĀJA mājas lapā \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
		4. izmaksāt pienākošos apdrošināšanas atlīdzību atbilstoši pielikumā nr. 3 minētajam;
		5. informēt APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJU par apdrošināšanas prēmijas daļas apmēru tiem Darbiniekiem, kuri polises darbības laikā no tās izslēdzami vai polisē iekļaujami; prēmijas piemaksa vai prēmijas atlikums tiek rēķināts saskaņā ar Pielikumā nr.4 minēto, neieturot izmaksātās atlīdzības un administratīvos atskaitījumus;
		6. bez maksas sagatavot individuālās apdrošināšanas kartes dublikātus darbiniekiem, kas līguma darbības laikā mainījuši uzvārdu vai kuriem tā sabojāta, nozagta vai nozaudēta;
		7. sniegt informāciju par kopējo izmantoto pakalpojumu apjomu 10 (desmit) darba dienu laikā pēc APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA, APDROŠINĀTO PERSONU pieprasījuma;
		8. pēc APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA pieprasījuma, ja to akceptē arī potenciālā līgumorganizācija, rast iespēju noslēgt sadarbības līgumus ar norādītajām ārstniecības iestādēm;
		9. nodrošināt bezmaksas izziņu, kā arī nepieciešamo dokumentu kopiju izsniegšanu APDROŠINĀTAJĀM PERSONĀM 10 (desmit) darba dienu laikā pēc pieprasījuma saņemšanas, iesniegšanai Valsts ieņēmumu dienestam;
		10. APDROŠINĀTĀJAM ir skaidri jāformulē, jāpamato atlīdzības izmaksas atteikums atbilstoši Līguma un polises, apdrošināšanas nosacījumiem, programmu un riska aprakstiem, kas nedrīkst būt pretrunā ar Līguma noteikumiem.
4. **Pušu atbildība**
	1. Puses viena pret otru ir materiāli atbildīgas par līgumsaistību neizpildi, kā arī par otrai Pusei radītiem zaudējumiem, atbilstoši spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem un Līgumu;
	2. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS nav atbildīgs par APDROŠINĀTO PERSONU pārtērētajiem limitiem;
	3. Gadījumā, ja Līguma darbības laikā Apdrošinātāja līgumorganizācijā ir mainījusies veselības aprūpes pakalpojuma cena, tad neatkarīgi no tā, vai Apdrošinātājs un līgumorganizācija ir izmaiņas nostiprinājuši savā sadarbības līgumā, izmaksājamās atlīdzības apmērs Darbiniekiem un Radiniekiem nevar tikt pasliktināts; tam ir jābūt vai nu 100% apmērā, vai saskaņā ar Līguma slēgšanas brīdī piedāvāto un pielikumā pievienoto cenrādi.
5. **Izmaiņas Līguma darbībā vai tā darbības pārtraukšana**
	1. Visas izmaiņas, papildinājumi, kas attiecas uz Līgumu, ir spēkā, ja tie izteikti rakstveidā un tos parakstījušas abas Puses.
	2. Līguma darbības laikā APDROŠINĀTĀJAM nav tiesību bez APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA tiešas un rakstiskas piekrišanas grozīt, mainīt vai papildināt spēkā esošos apdrošināšanas noteikumus, ja tas pasliktina apdrošināšanas nosacījumus, par kuriem Puses vienojušās.
	3. APDROŠINĀTĀJS var veikt izmaiņas, kas uzlabo līguma nosacījumus, bet šīs izmaiņas nedod tiesības prasīt palielināt apdrošināšanas prēmijas apjomu vai mainīt tās maksāšanas kārtību.
	4. Ja Līguma darbības laikā APDROŠINĀTĀJS ir pilnībā izpildījis savas saistības attiecībā pret APDROŠINĀTO PERSONU, izmaksājot apdrošināšanas summu pilnā apmērā, tad par to tiek elektroniski 10 (desmit) kalendāro dienu laikā paziņots Brokerim un/ vai APDROŠINĀTAJAI PERSONAI.
	5. Līgums var tikt apturēts vai izbeigts normatīvajos aktos un Līgumā noteiktajos gadījumos, kā arī Pusēm atsevišķi vienojoties.
	6. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM ir tiesības vienpusēji izbeigt Līgumu, vienu mēnesi iepriekš par to brīdinot APDROŠINĀTĀJU.
	7. Līguma pirmstermiņa pārtraukšanas gadījumā APDROŠINĀTĀJS atmaksā APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM neizmantoto apdrošināšanas prēmiju par laika periodu līdz polises gada darbības beigām proporcionāli termiņam. Šajā gadījumā netiek ņemtas vērā izmaksātās apdrošināšanas atlīdzības, netiek ieturēti administratīvie atskaitījumi un APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS nesedz zaudējumus, kas APDROŠINĀTĀJAM radušies saistībā ar Līguma izbeigšanu pirms termiņa
	8. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM ir tiesības vienpusēji nekavējoties izbeigt Līgumu, ja tiesā ierosināts APDROŠINĀTĀJA tiesiskās aizsardzības vai maksātnespējas process.
	9. Ja Līguma pirmstermiņa pārtraukšanu ierosina APDROŠINĀTĀJS, par to rakstiski jāpaziņo APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM ne vēlāk kā 3 (trīs) mēnešus iepriekš. Šāds paziņojums skaitās saņemts septītajā dienā pēc tā nodošanas pastā ierakstītā vēstulē, arī gadījumā, ja tas tiek izsniegts personīgi, saņemot parakstu.
6. **Citi noteikumi**
	1. Līgumā noteiktās saistības attiecas uz APDROŠINĀTĀJU, APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJU, kā arī visām trešajām personām, kas likumīgi pārņem viņu tiesības un saistības.
	2. Ja Līguma noteikumi ir pretrunā ar Līguma ietvaros noslēgtās Polises nosacījumiem, par noteicošo tiek uzskatīts Līgums un tā pielikumos iekļautie nosacījumi.
	3. Visi jautājumi, kuri nav minēti Līgumā, tiek izskatīti normatīvajos aktos, tai skaitā Likumā par apdrošināšanas līgumu, noteiktajā kārtībā.
	4. Puses noskaidro domstarpības, kas radušās Līguma izpildes laikā, pārrunu ceļā, bet, ja vienošanās netiek panākta, saskaņā ar Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem. Puses ir atbildīgas par līgumsaistību neizpildi atbilstoši Latvijas Republikā spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem.
	5. Līguma izpildi koordinējošā persona no Apdrošinājuma ņēmēja puses ir \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (tālr. \_\_\_\_\_\_, e-pasts: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
	6. Līguma izpildi koordinējošā persona no Apdrošinātāja puses ir:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (tālr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-pasts: \_\_\_\_\_\_\_)
	7. Līguma izpildi koordinējošā persona no Partner Broker SIA (Iepirkuma līgums Nr. JNP/ ir Māris Rožkalns (tālr.: 20006624, e-pasts: maris.rozkalns@partnerbroker.lv)
	8. Līgums sagatavots divos eksemplāros uz \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_) numurētām un caurauklotām lapām katrs, no kuriem viens nodots APDROŠINĀTĀJAM, bet otrs APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM. Līguma ietvaros noslēgtā polise ir Līguma pielikumā un ir tā neatņemama sastāvdaļa.

Pielikumā:

1. Apdrošināmo personu saraksts veselības apdrošināšanai;
2. Tehniskais un Finanšu piedāvājums;
3. Apdrošināšanas atlīdzības saņemšanas kārtība un nosacījumi;
4. Informācija par apdrošināšanas polises administrēšanas kārtību;
5. Veselības apdrošināšanas programmu un papildprogrammu apraksti;
6. Radinieku apdrošināšanas nosacījumi;
7. Medicīnisko pakalpojumu saskaņošanas kārtība;
8. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ veselības apdrošināšanas noteikumi;
9. Neapmaksājamo pakalpojumu, izstrādājumu un preču saraksts;
10. Laboratoro izmeklējumu saraksts
11. Pamatprogrammām piemērojamie cenrāži
12. Līgumiestāžu saraksts uz līguma noslēgšanas brīdi.
13. **Pušu rekvizīti un paraksti**

|  |  |
| --- | --- |
| **APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS****Jelgavas novada pašvaldība**Adrese: Pasta iela 37, Jelgava, LV-3001Reģ.Nr. 90009118031Banka: \_\_\_\_Kods: \_\_\_\_Konts:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /----/ | **APDROŠINĀTĀJS****\_\_\_\_\_**Adrese: \_\_\_\_Reģ.Nr.\_\_\_\_Banka: \_\_\_\_Kods: \_\_\_\_Konts:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /-----/ |