

APSTIPRINĀTS
VSIA „Latvijas Nacionālā opera un balets”
Iepirkuma komisijas 17.12.2015. sēdē
protokola Nr. 1 – LNO 2015/195

Atklāta konkursa

**„VSIA „Latvijas Nacionālā opera un balets” darbinieku veselības
apdrošināšana”**

NOLIKUMS

Iepirkuma identifikācijas
Nr. LNO 2015/195

Rīga, 2015

1. Vispārīgā informācija

1.1. Iepirkuma metode - atklāts konkurss (Publisko iepirkumu likuma 8. panta pirmās daļas 1.punkts), CPV kods 66000000-0.

1.2. Iepirkuma identifikācijas numurs: LNO 2015/195,

1.3. Pasūtītājs: VSIA "Latvijas Nacionālā opera un balets":

Adrese: Aspazijas bulvāris 3, Rīga, LV-1050, reģistrācijas Nr.: LV 40103208907, kontakti: tālrunis +371 67073715, fakss +371 67228930, elektroniskā pasta adrese:

lietvediba@opera.lv.

1.4. Piedāvājumu iesniegšanas vieta, datums, laiks un kārtība

1.4.1. pretendentu piedāvājumi iepirkuma procedūrai iesniedzami Aspazijas bulvārī 3, Rīgā, LV-1050, ne vēlāk kā līdz 2016. gada 26.janvārim plkst. 10.00.

1.4.2. piedāvājumi pēc norādītā termiņa netiek pieņemti;

1.4.3. saņemtie piedāvājumi tiek reģistrēti to iesniegšanas secībā. Pretendentu sarakstā norāda pretendentu nosaukumu, adresi, tālruni un faksa numuru, e-pasta adresi, kā arī piedāvājuma iesniegšanas datumu un laiku. Komisija nodrošina, ka līdz piedāvājumu atvēršanai pretendentu saraksts netiek izpausts;

1.4.4. pasūtītājs nodrošina iesniegtā piedāvājuma glabāšanu tā, lai līdz piedāvājuma atvēršanas brīdim piedāvājuma informācija nevienam nebūtu pieejama.

1.5. Piedāvājuma apjoms:

1.5.1. Pretendents var iesniegt tikai vienu piedāvājumu par visu iepirkuma priekšmeta apjomu. Piedāvājumi tikai par daļu no iepirkuma priekšmeta apjoma netiek izskatīti.

1.6. Piedāvājumu atvēršanas vieta, datums, laiks un kārtība:

1.6.1. piedāvājumi tiek atvērti 2016. gada 26.janvārim, plkst. 10.10. Aspazijas bulvārī 3, Rīgā, LV-1050;

1.6.2. pretendentu pārstāvji var piedalīties piedāvājumu atvēršanas sanāksmē;

1.6.3. atverot piedāvājumu, tiek nosaukts pretendents, piedāvājuma iesniegšanas datums, laiks un finanšu piedāvājuma cena. Komisijas locekļi parakstās uz finanšu piedāvājuma.

1.7. Informācijas sniegšana par konkursu:

1.7.1. Papildus informācijas pieprasījumi ir jānosūta uz Pasūtītāja adresi Aspazijas bulvāris 3, Rīga, LV-1050 vai faksa numuru 67228930, vai e-pastu lietvediba@opera.lv.

1.7.2. Ja ieinteresētais pretendents ir laikus pieprasījis papildu informāciju, komisija to sniedz ne vēlāk kā sešas dienas pirms piedāvājuma iesniegšanas termiņa beigām. Komisijas izstrādātā papildus informācija tiks ievietota pasūtītāja mājas lapā <http://www.opera.lv> pie šī iepirkuma publikācijas.

1.8. Prasības piedāvājuma iesniegšanai un noformējumam:

1.8.1. Piedāvājuma dokumenti iesniedzami divos eksemplāros, attiecīgi uz katra eksemplāra norādot piedāvājuma ORIGINĀLS un piedāvājuma KOPIJA.

1.8.2. Piedāvājuma dokumentiem ir jābūt valsts valodā.

1.8.3. Piedāvājumam jābūt skaidri salasāmam, bez labojumiem un dzēsumiem. Ja tiek izdarīti jebkādi labojumi, papildinājumi vai svītrojumi, kas nav atrunāti, vai ja piedāvājuma dokumenti ir aizpildīti nepilnīgi vai nepareizi, piedāvājums tiks

- noraidīts. Labojumi, papildinājumi vai svītrojumi piedāvājumā ir jāatrunā personai (personām), kura ir parakstījusi piedāvājumu.
- 1.8.4. Piedāvājuma dokumentiem jābūt parakstītiem un dokumentu kopijām ir jābūt apliecinātām atbilstoši Latvijas Republikas Dokumentu juridiskā spēka likuma prasībām.
 - 1.8.5. Iesniedzot piedāvājumu, pretendents ir tiesīgs visu iesniegto dokumentu kopiju un tulkojuma pareizību apliecināt ar vienu apliecinājumu, ja viss piedāvājums ir caursūts un caurauklots.
 - 1.8.6. Piedāvājuma lapām ir jābūt sanumurētām un uzrādītām satura rādītājā.
 - 1.8.7. Piedāvājumam jābūt caursūtām un noformētām tādā veidā, kas izslēdz atsevišķu lapu nomaiņas iespējas.
 - 1.8.8. Papildus informācija, piemēram, katalogi u.tml. var tikt iesniegti neiesieti.
 - 1.8.9. Piedāvājuma aploksnei (iepakojumam) ir jābūt slēgtai, apzīmogotai un parakstītai, un uz tās ir jānorāda:
 - 1.8.9.1. pretendenta nosaukums, adrese, kontaktpersonas vārds, uzvārds, tālrunis, e-pasta adrese, faksa numurs;
 - 1.8.9.2. teksts: VSIA „Latvijas Nacionālā opera un balets”, Aspazijas bulvāris 3, Rīga, LV-1050;
 - 1.8.9.3. iepirkuma nosaukums „VSIA „Latvijas Nacionālā opera un balets” darbinieku veselības apdrošināšana” un identifikācijas numurs LNO 2015/195;
 - 1.8.9.4. uzraksts “Neatvērt pirms piedāvājumu atvēršanas sanāksmes”;
 - 1.8.9.5. Ja aploksne nav marķēta saskaņā ar šī nolikuma 1.8.9. apakšpunktā minētajām prasībām, tā netiek pieņemta.
 - 1.8.9.6. Pretendenta izstrādātie apliecinājumi un dokumentu kopijas ir jāparaksta personai ar pretendenta pārstāvības tiesībām vai tā pilnvarotajai personai, piedāvājumam pievienojot atbilstošu pilnvaru.
 - 1.8.9.7. Ja piedāvājums nav noformēts atbilstoši šī nolikuma prasībām, tad pretendents tiek izslēgts no turpmākās dalības konkursā.
- 1.9. Cita vispārīgā informācija:
- 1.9.1. Neviens dokuments, kas tiek iesniegts, atsaucoties uz konkursu, netiek atdots atpakaļ. Par jebkuru informāciju, kas ir konfidenciāla, jābūt īpašai norādei.
 - 1.9.2. Pretendentam ir pilnībā jāsedz piedāvājuma izstrādāšanas, noformēšanas un iesniegšanas izmaksas. Pasūtītājs un komisija neuzņemas nekādas saistības par šīm izmaksām neatkarīgi no konkursa rezultāta.
 - 1.9.3. Pasūtītāja kontaktpersona par konkursa organizatoriskiem jautājumiem – Dace Peltmane, tālrunis +371 67073844, fakss +371 67228930, e-pasts dace.peltmane@opera.lv.
 - 1.9.4. Pasūtītāja pieaicināts eksperts ir licencēta apdrošināšanas brokeru sabiedrība SIA „R&D apdrošināšanas brokers” (reģ. Nr. 40003947675), kas veiks veselības apdrošināšanas līguma apkalpošanu un pārraudzību līguma izpildes laikā. Eksperta kontaktinformācija: tālrunis + 371 67217490, e-pasts: info@rdbrokers.lv. Kopējais atlīdzības apmērs, ko pretendents pēc iepirkuma līguma noslēgšanas ar Pasūtītāju maksās apdrošināšanas brokeru sabiedrībai SIA „R&D apdrošināšanas brokers”, ir 13%, bet ne vairāk kā euro 2 290.00 (divi tūkstoši divi simti deviņdesmit eiro 00 centi).

2. Informācija par iepirkuma priekšmetu

- 2.1. Iepirkuma priekšmets ir veselības apdrošināšanas pakalpojuma iepirkums atbilstoši tehniskās specifikācijas prasībām šī nolikuma 1.pielikumā.

2.2. Iepirkuma līguma izpildes laiks un vieta:

2.2.1. termiņš – 1 (viens) gads;

2.2.2. vieta – visā Latvijas Republikas teritorijā;

3. Prasības pretendentiem

3.1. Pretendentu atlases prasības ir obligātas visiem pretendentiem, kas vēlas piedalīties konkursā un iegūt tiesības slēgt iepirkuma līgumu.

3.2. Piedalīšanās konkursā ir pretendenta brīvas gribas izpausme. Iesniedzot savu piedāvājumu dalībai konkursā, pretendents visā pilnībā pieņem un ir gatavs pildīt visas šajā nolikumā ietvertās prasības un noteikumus, kā arī piekrīt šim nolikumam pievienotā līguma nosacījumiem.

3.3. Komisija izslēdz pretendentu no turpmākās dalības iepirkuma procedūrā, kā arī neizskata pretendenta piedāvājumu, ja uz to attiecas kāds no Publisko iepirkumu likuma 39.¹ panta 1. daļā minētajiem izslēgšanas nosacījumiem, izņemot gadījumus, kad, saskaņā ar Publisko iepirkumu likuma 39.¹ panta 4. daļā minēto, izslēgšanas nosacījumi netiek piemēroti.

3.4. Pasūtītājs izvērtē – vai pretendenta piedāvājums konkrētam pakalpojuma līgumam ir nepamatoti lēts, ievērojot Publisko iepirkumu likuma 48.pantā noteikto. Pasūtītājam ir pienākums izvērtēt, vai piedāvājums nav nepamatoti lēts, ja tas konstatē, ka pretendenta vai tā piedāvājumā norādīto apakšuzņēmēju darba ņēmēju vidējā stundas tarifa likme kaut vienā no profesiju grupām pirmajos trijos gada ceturkšņos pēdējo četru gada ceturkšņu periodā līdz piedāvājuma iesniegšanas dienai ir mazāka par 80 procentiem (vai nesasniedz valstī noteikto minimālo stundas tarifa likmi) no darba ņēmēju vidējās stundas tarifa likmes attiecīgajā profesiju grupā valstī minētajā periodā pēc Valsts ieņēmumu dienesta apkopotajiem datiem, kas publicēti Valsts ieņēmumu dienesta mājaslapā internetā. Ja pretendents kā nodokļu maksātājs ir reģistrēts pēdējo četru gada ceturkšņu periodā līdz piedāvājuma iesniegšanas dienai, ņem vērā darba ņēmēju vidējo stundas tarifa likmi periodā no nākamā mēneša pēc reģistrācijas mēneša līdz piedāvājuma iesniegšanas dienai. Pretendents - kopā ar piedāvājumu iesniedz izdrukas no Valsts ieņēmumu dienesta elektroniskās deklarēšanas sistēmas par pretendenta un tā piedāvājumā norādīto apakšuzņēmēju vidējām stundas tarifa likmēm profesiju grupās.

3.5. Pretendenta atbilstība profesionālās darbības veikšanai:

3.5.1. Pretendents ir reģistrēts atbilstoši normatīvo aktu prasībām.

3.5.2. Pretendents ir reģistrēts likumā noteiktajā kārtībā un likumā noteiktajos gadījumos un ir tiesīgs sniegt veselības apdrošināšanas pakalpojumus Latvijas Republikā.

3.6. Pretendenta saimnieciskais un finansiālais stāvoklis:

- Pretendenta vidējais gada finanšu apgrozījums (bez PVN) pēdējo triju gadu laikā (2012., 2013., 2014. g.) ir vismaz 300 000,00 EUR (trīs simti tūkstoši eiro, 00 centi) apmērā. Pretendents iesniedz izziņu (brīvā formā) par tā gada (2012., 2013., 2014.) finanšu vidējo apgrozījumu, kas attiecas uz iepirkuma priekšmeta jomu. Pasūtītājs iesniegto ziņu patiesumu pārbaudīs Publiskajās datu bāzēs.
- Pretendents var balstīties uz citu uzņēmēju iespējām, neatkarīgi no savstarpējo attiecību tiesiskā rakstura. Šādā gadījumā pretendents iesniedz pasūtītājam atbilstošu (šo uzņēmēju) apliecinājumu vai vienošanos par sadarbību konkrētā līguma izpildei (Publisko iepirkumu likuma 41.panta 3 daļā noteikts).

3.7. Pretendenta tehniskās un profesionālās spējas:

- 3.7.1. Pretendentam pēdējo 3 gadu (2012., 2013. un 2014.) laikā ir noslēgti ne mazāk kā 2 veselības apdrošināšanas pakalpojuma līgumi, ar apdrošināto skaitu ne mazāk kā 300 personas.

4. Iesniedzamie dokumenti

- 4.1. Piedāvājumam jāatbilst visām šajā nolikumā un tā pielikumos noteiktajām prasībām.
- 4.2. Piedāvājums sastāv no:
- 4.2.1. pretendentu atlases dokumentiem;
- 4.2.2. tehniskā piedāvājuma;
- 4.2.3. finanšu piedāvājuma.
- 4.3. Pretendentu atlasei jāiesniedz:
- 4.3.1. personas ar pretendenta pārstāvības tiesībām parakstīta pieteikuma vēstule, kurā ir iekļauts:
- 4.3.1.1. pretendenta nosaukums, juridiskā adrese un bankas rekvizīti;
- 4.3.1.2. pretendenta kontaktpersonas vārds, uzvārds, amats;
- 4.3.1.3. apliecinājums, ka pretendents ir iepazinies ar šo nolikumu un līguma projektu, piekrīt konkursa noteikumiem, apņemas tos ievērot un izpildīt;
- 4.3.1.4. apliecinājums, ka uz pretendentu neattiecas Publisko iepirkumu likuma 39.1 panta pirmajā daļā minētie izslēgšanas nosacījumi.
- 4.3.1.5. apliecinājums, ka pretendents ir iesniedzis pasūtītājam patiesu informāciju savas kvalifikācijas novērtēšanai;
- 4.3.2. Pilnvara (oriģināls vai apliecināta kopija), ja jebkādos piedāvājumā iekļautos dokumentus, kurus izdevis piegādātājs, parakstījusi tā pilnvarotā persona.
- 4.3.3. Attiecībā uz Latvijā reģistrētu apdrošināšanas komercsabiedrību vai Latvijā reģistrētu nedalībvalsts apdrošinātāja filiāli iesniedzams Finanšu un kapitāla tirgus komisijas izsniegta spēkā esošas licences apliecināta kopija, kas atļauj pretendentam Latvijas Republikā sniegt veselības apdrošināšanas pakalpojumus;
- 4.3.4. Attiecībā uz dalībvalstī reģistrētu apdrošināšanas komercsabiedrību, kas Latvijā apdrošināšanas pakalpojumus sniedz, ievērojot pakalpojumu sniegšanas brīvības principu, vai Latvijā reģistrētu dalībvalsts apdrošinātāja filiāli iesniedzams kompetentas tās valsts, kurā reģistrēta dalībvalsts apdrošināšanas komercsabiedrība, kas pati vai kuras filiāle (turpmāk – pretendents) sniegs apdrošināšanas pakalpojumus pasūtītājam, institūcijas izsniegta spēkā esošas licences (vai pielīdzināms dokuments) apliecināta kopija, kas atļauj pretendentam savā mītnes valstī sniegt veselības apdrošināšanas pakalpojumus un pretendenta apliecinājums, ka tas ir tiesīgs sniegt veselības apdrošināšanas pakalpojumus Latvijā saskaņā ar Apdrošināšanas sabiedrību un to uzraudzības likumā noteikto;
- 4.3.5. Pretendents iesniedz izziņu (brīvā formā) par tā gada (par 2012.g., 2013.g. un 2014. g.) finanšu vidējo apgrozījumu, kas attiecas uz iepirkuma priekšmeta jomu. Pasūtītājs iesniegto ziņu patiesumu pārbaudīs Publiskajās datu bāzēs.
- 4.3.6. Vismaz divas pozitīvas atsauksmes no citiem pasūtītājiem par sniegtajiem veselības apdrošināšanas pakalpojumiem un izpildīto darbu kvalitāti pēdējo trīs gadu (2012., 2013. un 2014.) laikā ar apdrošināto personu skaitu ne mazāk kā 300 personas;
- 4.4. Tehniskajā piedāvājumā pretendents iesniedz:
- 4.4.1. apdrošināšanas līguma funkcionalitātes nosacījumi, atbilstoši tehniskās specifikācijas 2. daļas prasībām;
- 4.4.2. detalizēts piedāvātās veselības apdrošināšanas programmas apraksts, t.sk., norādot papildinājumus, ierobežojumus u.c. pretendenta nosacījumus, kas nedrīkst būt

- pretrunā tehniskajā specifikācijā norādītajām minimālajām prasībām vai tās jebkāda mērā ierobežot;
- 4.4.3. medicīnisko pakalpojumu saraksts, kuru saņemšanas vai apmaksas apmērs un kārtība iepriekš ir jāsaskaņo ar pretendentu. Papildus pretendentam arī jānorāda kādi ierobežojumi pakalpojuma apmaksā tiek piemēroti, ja par attiecīgo pakalpojumu netika veikts iepriekšējs saskaņojums;
 - 4.4.4. medicīnisko pakalpojumu saraksts, kuru apmaksā ir paredzēta apdrošināšanas segumā, taču par kuriem Pasūtītāja apdrošinātai personai sākotnēji (arī līguma iestādēs) ir jānorēķinās skaidrā naudā;
 - 4.4.5. detalizēts neapmaksājamo pakalpojumu (izņēmumu) saraksts;
 - 4.4.6. pretendenta veselības apdrošināšanas noteikumi;
 - 4.4.7. pretendenta apliecinājums, ka pretrunu gadījumā starp pretendenta iesniegto Tehnisko piedāvājumu un pretendenta veselības apdrošināšanas noteikumiem, noteicošais ir Tehniskais piedāvājums;
 - 4.4.8. informācija par apdrošināšanas atlīdzības saņemšanas kārtību un noteikumiem, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, tai skaitā informācija par atlīdzības atmaksas termiņiem, pretendenta pārstāvniecībās skaidrā naudā saņemamo summu par nelīguma organizācijās saņemtajiem pakalpojumiem un termiņiem dokumentu iesniegšanai Pretendentam atlīdzības saņemšanai;
 - 4.4.9. kārtība izmaiņu veikšanai polisē, neizmantojot (izslēdzot darbinieku no veselības apdrošināšanas līguma) un papildu maksājamo prēmiju (pievienojot jaunu darbinieku veselības apdrošināšanas līgumam) aprēķina kārtība, veicot izmaiņas veselības apdrošināšanas līgumā.
 - 4.4.10. informācija par darbinieku radnieku apdrošināšanas nosacījumiem;
 - 4.4.11. pretendenta cenrādis, ja tāds tiek piemērots, par nelīguma un līguma iestādēs saņemtajiem pakalpojumiem;
 - 4.4.12. pretendenta maksas ambulatoro un stacionāro iestāžu saraksts Rīgā.
- 4.5. Pretendents iesniedz finanšu piedāvājumu, kurā, ņemot vērā šī nolikuma 1. pielikuma tehniskajā specifikācijā uzrādīto apdrošināamo personu skaitu, Euro (EUR) norāda:
- 4.5.1. kopējo apdrošināšanas līgumcenu (kopējo apdrošināšanas prēmiju) vienam apdrošināšanas gadam, apdrošināšanas programmai par Pasūtītāja līdzekļiem un apdrošināmo personīgiem līdzekļiem;
 - 4.5.2. apdrošināšanas prēmiju vienai apdrošināmajai personai, vienam apdrošināšanas gadam, apdrošināšanas programmai par Pasūtītāja līdzekļiem un apdrošināmo personīgiem līdzekļiem;
 - 4.5.3. šī nolikuma 4.5.1. punktā un 4.5.2. punktā minētās apdrošināšanas prēmijas apmērus jānorāda pievienotajā finanšu piedāvājuma paraugā šī nolikuma 3. pielikumā.

5. Piedāvājumu novērtēšanas kārtība

- 5.1. Piedāvājuma vērtēšanas kritērijs ir saimnieciski visizdevīgākais piedāvājums.
- 5.2. Atklātā konkursa rezultātu paziņošana notiks pēc iesniegto dokumentu izvērtēšanas un komisijas lēmuma pieņemšanas.
- 5.3. Atklātā konkursā iesniegto piedāvājumu atvēršana notiek atklātā sēdē, kurā var piedalīties visas ieinteresētās personas.
- 5.4. Pretendentu piedāvājumu atbilstību nolikumā noteiktajām noformējuma prasībām, pretendentu atlasī un piedāvājumu vērtēšanu komisija veic slēgtā sēdē, bez pretendentu klātbūtnes.
- 5.5. Komisija pretendentu iesniegtos piedāvājumus vērtē piecos posmos:

- 5.5.1. piedāvājuma noformējuma atbilstības nolikuma prasībām vērtēšana;
 - 5.5.2. pretendenta kvalifikācijas vērtēšana;
 - 5.5.3. tehniskā piedāvājuma atbilstības vērtēšana;
 - 5.5.4. finanšu piedāvājuma vērtēšana;
 - 5.5.5. saimnieciski visizdevīgākā piedāvājuma noteikšana.
- 5.6. Komisija katrā vērtēšanas posmā vērtē tikai tos pretendentu piedāvājumus, kuri iepriekšējā vērtēšanas posmā atzīti par atbilstošiem.
 - 5.7. Ja pretendenta iesniegtais piedāvājums neatbilst kādai no konkursa nolikumā izvirzītajām piedāvājuma noformējuma prasībām, komisija lemj par piedāvājuma tālāku izskatīšanu vai neizskatīšanu. Komisija var lemt par piedāvājuma tālāku izskatīšanu, gadījumā, ja piedāvājuma noformējuma prasību neievērošana neietekmē iespēju novērtēt piedāvājuma atbilstību pasūtītāja noteiktajām prasībām un tā vērtēšanas kritērijiem.
 - 5.8. Pēc pretendentu piedāvājumu noformējumu pārbaudes komisija vērtē pretendentu atbilstību konkursa nolikumā izvirzītajām kvalifikācijas prasībām. Ja pretendenta kvalifikācija neatbilst izvirzītajām prasībām, komisija lemj par piedāvājuma tālāku neizskatīšanu.
 - 5.9. Pēc pretendentu kvalifikācijas pārbaudes komisija veic tehniskā piedāvājuma atbilstības pārbaudi tehniskās specifikācijas prasībām, kā arī veic finanšu piedāvājuma pārbaudi. Ja pretendenta tehniskais piedāvājums neatbilst kādai no konkursa nolikumā izvirzītajām tehniskās specifikācijas minimālajām prasībām, komisija lemj par piedāvājuma tālāku neizskatīšanu.
 - 5.10. Pārbaudot finanšu piedāvājumu, komisija pārliecinās, vai pretendenta finanšu piedāvājumā nav aritmētiskas kļūdas. Ja finanšu piedāvājumā tiek konstatētas aritmētiskas kļūdas, komisija kļūdas labo un paziņo pretendentam par kļūdu labojumu un laboto piedāvājuma summu. Informāciju komisija nosūta rakstveidā pretendentam pa faksu vai elektroniski, kā arī pa pastu uz pretendenta norādīto adresi. Novērtējot piedāvājumu, kurā bijušas aritmētiskas kļūdas, un salīdzinot pretendentu piedāvājumus, komisija ņem vērā labojumus.
 - 5.11. Pēc pretendenta tehniskā piedāvājumu atbilstības pārbaudes un finanšu piedāvājuma pārbaudes veic saimnieciski visizdevīgākā piedāvājuma noteikšanu.
 - 5.12. Saimnieciski visizdevīgākā piedāvājuma noteikšanu tiek veikta saskaņā ar šī nolikuma 4. pielikumā norādīto kārtību.
 - 5.13. Par saimnieciski visizdevīgāko piedāvājumu atzīst to piedāvājumu, kas, veicot vērtējumu saskaņā ar šī nolikuma 4. pielikumā norādīto kārtību ir ieguvis lielāko punktu skaitu.

6. Lēmuma par konkursa rezultātiem pieņemšana

- 6.1. Ja nav iesniegti piedāvājumi vai ja iesniegtie piedāvājumi neatbilst iepirkuma procedūras dokumentos noteiktajām prasībām, komisija pieņem lēmumu izbeigt iepirkuma procedūru.
- 6.2. Komisija var jebkurā brīdī pārtraukt iepirkuma procedūru, ja tam ir objektīvs pamatojums.
- 6.3. Ja tikai viens pretendents atbilst visām nolikumā vai paziņojumā par līgumu noteiktajām pretendentu atlases prasībām, komisija pieņem lēmumu pārtraukt iepirkuma procedūru, izņemot Publisko iepirkuma likuma 56. panta 7. punktā noteiktajā gadījumā.
- 6.4. Iepirkuma procedūras pārtraukšanas gadījumā tā nav atsākama.

- 6.5. Pirms lēmuma pieņemšanas par iepirkuma līguma slēgšanas tiesību piešķiršanu komisija Publisko iepirkumu likuma 39.¹ pantā noteiktajā kārtībā pārliecinās, vai uz pretendentu, kuram būtu piešķiramas iepirkuma līguma slēgšanas tiesības (kā arī Publisko iepirkumu likuma 39.¹ panta pirmās daļas 11. punktā norādītajām personām) neattiecas Publisko iepirkumu likumā noteiktie pretendentu izslēgšanas noteikumi.

7. Lēmuma paziņošanas pretendentiem kārtība

- 7.1. Komisija par iepirkuma procedūras rezultātiem pretendentiem paziņo kārtībā, kāda noteikta Publisko iepirkumu likuma 32. pantā.
- 7.2. Informāciju pretendentam komisija nosūta pa faksu vai elektroniski, izmantojot drošu elektronisko parakstu, kā arī pa pastu uz pretendenta norādīto adresi.

8. Iepirkuma līguma noslēgšanas kārtība

- 8.1. Iepirkuma līgumu slēdz ne agrāk kā nākamajā darbdienu pēc nogaidīšanas termiņa, kas noteikts Publisko iepirkumu likuma 67. panta piektajā daļā, beigām, ja Iepirkumu uzraudzības birojam nav iesniegts iesniegums par iepirkuma procedūras pārkāpumiem, vai neievērojot minēto, ja vienīgajam pretendentam ir piešķirtas iepirkuma līguma slēgšanas tiesības un nav kandidātu, kas būtu tiesīgi iesniegt iesniegumu Publisko iepirkumu likuma 83.pantā noteiktajā kārtībā.
- 8.2. Pretendentam, kuram piešķirtas tiesības slēgt iepirkuma līgumu, jāparaksta iepirkuma līgums (šī nolikuma 5. pielikums) ne vēlāk kā desmit darba dienu laikā, skaitot no dienas, kad pasūtītājam, saskaņā ar Publisko iepirkumu likuma 67. pantu, atļauts slēgt iepirkuma līgumu. Gadījumā, ja pretendents, ne pasūtītāja vainas dēļ, neparaksta iepirkuma līgumu minētajā termiņā, uzskatāms, ka pretendents atteicies no iepirkuma līguma slēgšanas.
- 8.3. Ja izraudzītais pretendents atsakās slēgt iepirkuma līgumu ar pasūtītāju, komisija rīkojas kārtībā, kāda noteikta Publisko iepirkumu likuma 56. pantā.
- 8.4. Pretendenta, kuram piešķirtas tiesības slēgt iepirkuma līgumu, finanšu un tehniskais piedāvājums kļūst par iepirkuma līguma neatņemamu sastāvdaļu.

9. Komisija, tās tiesības un pienākumi

- 9.1. Komisijas darbu un sēdes vada komisijas priekšsēdētājs. Komisijas priekšsēdētāja prombūtnes laikā vadītāja pienākumus pilda un tiesības izmanto komisijas priekšsēdētāja vietnieks.
- 9.2. Komisijas sēdes var notikt un komisija var pieņemt lēmumus, ja sēdē piedalās divas trešdaļas no komisijas locekļiem.
- 9.3. Komisijas lēmumi tiek pieņemti sēdes laikā balsojot. Lēmums tiek pieņemts, ja par to balso vairākums no klātesošajiem komisijas dalībniekiem. Balsīm sadaloties līdzīgi, izšķirošā ir komisijas priekšsēdētāja balss.
- 9.4. Komisijas sēdes tiek protokolētas. Protokolus paraksta visi klātesošie komisijas locekļi.
- 9.5. Komisijas tiesības un pienākumi:
- 9.5.1. izskatīt pretendentu piedāvājumus atbilstoši Publisko iepirkumu likumam un nolikumam;
- 9.5.2. savas kompetences ietvaros pieņemt lēmumus, kā arī veic citas darbības saskaņā ar konkursa nolikumu;
- 9.5.3. pieprasīt no pretendentiem papildus informāciju, kas nepieciešama piedāvājumu izvērtēšanai. Šādi pieprasījumi var tikt iesniegti tikai precizēšanas nolūkos, kas nepieciešami piedāvājumu izvērtēšanai, un nedrīkst grozīt piedāvājuma būtību;

- 9.5.4. lemt par iepirkuma iesniegto dokumentu neizskatīšanu saistībā ar iesniegšanas noteikumu pārskatīšanu vai saistībā ar to neatbilstību nolikumam;
- 9.5.5. pieaicināt komisijas darbā atzinumu došanai ekspertus ar padomdevēja tiesībām;
- 9.5.6. pārliecināties par sniegtās informācijas patiesumu;
- 9.5.7. normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā labot aritmētiskās kļūdas pretendentu finanšu piedāvājumos;
- 9.5.8. veikt citas darbības, kas izriet no Publisko iepirkumu likuma un nolikuma, kā arī citiem normatīvajiem aktiem;
- 9.5.9. pieņemt lēmumu slēgt Iepirkuma līgumu, vai pārtraukt iepirkuma procedūru, vai izbeigt iepirkuma procedūru, neizvēloties nevienu piedāvājumu;
- 9.5.10. izslēgt pretendentu no dalības iepirkuma procedūrā, ja komisijas noteiktajā termiņā netiek iesniegti vērtēšanai nepieciešamie dokumenti;
- 9.5.11. pēc pretendenta pieprasījuma sniegt papildus informāciju par nolikumu Publisko iepirkumu likumā noteiktajos termiņos.

10. Pretendentu tiesības un pienākumi

- 10.1. Pretendenta tiesības un pienākumi:
 - 10.1.1. tiesības iesniegt piedāvājumu;
 - 10.1.2. iesniedzot piedāvājumu, pieprasīt apliecinājumu, ka piedāvājuma dokumentu komplekts ir saņemts;
 - 10.1.3. pirms piedāvājumu iesniegšanas termiņa beigām grozīt vai atsaukt iesniegto piedāvājumu.
 - 10.1.4. iesniegt Iepirkumu uzraudzības birojā sūdzību par komisijas lēmumiem Publisko iepirkumu likumā noteiktajā kārtībā;
 - 10.1.5. pienākums sagatavot piedāvājumu atbilstoši nolikuma prasībām;
 - 10.1.6. pienākums sniegt patiesu informāciju;
 - 10.1.7. pienākums savlaicīgi sniegt atbildes uz komisijas pieprasījumiem par papildu informāciju, kas nepieciešama piedāvājumu noformējuma pārbaudei, pretendentu atlasei, piedāvājumu atbilstības pārbaudei un vērtēšanai;
 - 10.1.8. pienākums segt visas izmaksas, kas saistītas ar piedāvājuma un tajā iekļauto dokumentu sagatavošanu un iesniegšanu.

11. Pielikumi

- Pielikums Nr.1 – Tehniskā specifikācija, uz 3 (trīs) lapām;
- Pielikums Nr.2 – Tehniskā piedāvājuma veidne, uz 3 (trīs) lapām;
- Pielikums Nr.3 – Finanšu piedāvājuma veidne, uz 1 (vienas) lapas;
- Pielikums Nr.4 – Vērtēšanas kritēriji, uz 3 (trīs) lapām.
- Pielikums Nr.5 – Līguma projekts, uz 5 (piecām) lapām.

TEHNISKĀ SPECIFIKĀCIJA

Atbilstoši pasūtītāja izvirzītajām prasībām, pretendents ir jānodrošina zemāk norādītais apdrošināšanas seguma minimums katrai apdrošinātai personai.

1. Iepirkuma priekšmeta raksturojums:

- 1.1. Pasūtītāja kopējais darbinieku skaits ir 600 (seši simti) darbinieki, bet prognozētais apdrošināamo darbinieku skaits ir no ~300 (trīs simti) darbiniekiem (precīzs apdrošināmo skaits tiks norādīts apdrošināšanas līguma slēgšanas brīdī).
- 1.2. Pasūtītāja darbinieku veselības apdrošināšanas vieta ir visa Latvijas Republikas teritorija un darbinieku veselības apdrošināšana darbojas 24 (divdesmit četras) stundas diennaktī.
- 1.3. Piedāvātās programmas prēmija 1 (vienam) darbiniekam nevar pārsniegt EUR 300.00 (trīs simti *euro* un 00 centi).
- 1.4. 25% (divdesmit pieci procenti) no programmas prēmijas sastāda darbinieku personīgais līdzfinansējums.

2. Minimālās prasības:

- 2.1. Programmas cena 1 (vienam) darbiniekam gadā ir ne vairāk kā EUR 300.00 (trīs simti *euro* un 00 centi), nenosakot ierobežojumus ārstniecības iestāžu izvēlē un izsniedzot veselības apdrošināšanas kartes.
- 2.2. Minimālā apdrošinājuma summa programmai gadā 1 (vienam) darbiniekam ir ne mazāka kā EUR 1800.00 (viens tūkstotis astoņi simti *euro* un 00 centi).
- 2.3. Veselības aprūpes pakalpojumu apmaksā Pacientu iemaksas apmērā 100%, atbilstoši spēkā esošajiem Ministru kabineta noteikumiem, t.sk. par ambulatorās un stacionārās medicīniskās aprūpes pakalpojumiem, kā arī pacienta līdzmaksājums par vienā stacionēšanās reizē operāciju zālē veiktajām ķirurģiskajām manipulācijām.
- 2.4. Ambulatoro maksas pakalpojumu apmaksā ar minimālo apdrošinājuma summu (atlīdzības limits apdrošināšanas periodā) EUR 750.00 (septiņi simti piecdesmit *euro* un 00 centi), 100% apmērā visās pretendenta līgumiestādēs (**bez ierobežojumiem un apakšlimitiem**, ja minimālajās prasībās tas nav norādīts), tai skaitā:
 - 2.4.1. ārstniecības personu mājas vizītes;
 - 2.4.2. ārstu speciālistu apmeklējumi (tai skaitā augsti kvalificēti speciālisti, profesori un docenti) bez ģimenes ārsta nosūtījuma un ārstēšanās pie maksas ģimenes ārsta, bez papildus ierobežojumiem (tai skaitā nenosaucot konkrētus ārstus speciālistus). Ārpus pretendenta līgumiestādēm, pirmreizējai un atkārtotai ārsta speciālista, maksas ģimenes ārsta konsultācijai limits nedrīkst būt mazāks kā EUR 25.00 (divdesmit pieci *euro* un 00 centi), pirmreizējai un atkārtotai profesoru, docentu konsultācijai limits nedrīkst būt zemāks kā EUR 40.00 (četrdesmit *euro* un 00 centi);
 - 2.4.3. ārsta nozīmētas ārstnieciskās manipulācijas, tai skaitā dermatoloģijā;
 - 2.4.4. ar darba specifiku saistītās obligātās veselības pārbaudes saskaņā ar Ministru kabineta noteikumiem. Ja tiek noteikts limits apdrošināšanas periodā, tam jābūt ne mazākam kā EUR 45.00 (četrdesmit pieci *euro* un 00 santīmi);
 - 2.4.5. plaša spektra laboratoriskie izmeklējumi;
 - 2.4.6. plaša spektra diagnostiskie izmeklējumi;

- 2.4.7. augstu tehnoloģiju diagnostiskie izmeklējumi, tai skaitā kontrastvielas ar limitu apdrošināšanas periodā ne mazāku kā EUR 180.00 (viens simts astoņdesmit *euro* un 00 centi). Ārpus pretendenta līgumorganizācijām, magnētiskās rezonanses izmeklējumiem ar kontrastvielu un bez kontrastvielas, viena izmeklējuma apmaksas limits nedrīkst būt zemāks kā EUR 150.00 (viens simts piecdesmit *euro* un 00 centi) un skaitļotājtomogrāfijas viena izmeklējuma apmaksas limits nedrīkst būt zemāks kā EUR 120.00 (viens simts divdesmit *euro* un 00 centi).
- 2.4.8. fizikālās procedūras 10 (desmit) reizes apdrošināšanas periodā ar ārstējošā ārsta nosūtījumu bez citiem pakalpojuma saņemšanas ierobežojumiem;
- 2.4.9. medicīniskās izziņas. Ja tiek noteikts limits apdrošināšanas periodā, tam jābūt ne mazākam kā EUR 45.00 (četrdesmit pieci *euro* un 00 centi);
- 2.4.10. vakcinācija pret ērcu encefalītu un pret gripu. Ja tiek noteikts kopējais limits apdrošināšanas periodā, tam jābūt ne mazākam kā EUR 45.00 (četrdesmit pieci *euro* un 00 centi);
- 2.4.11. valsts neatliekamā un privātā neatliekamā palīdzība Rīgā un Rīgas rajonā;
- 2.4.12. grūtnieču aprūpe, nenosakot atsevišķu apakšlimitu;
- 2.5. Dienas un diennakts stacionāro maksas pakalpojumu apmaksa ar minimālo apdrošinājuma summu (atlīdzības limits apdrošināšanas periodā) EUR 450.00 (četri simti piecdesmit *euro* un 00 centi), 100% apmērā visās pretendenta līgumiestādēs (**bez ierobežojumiem un apakšlimitiem**, ja minimālās prasībās tas nav norādīts), tai skaitā:
 - 2.5.1. maksa par katru diennakts vai dienas stacionārā pavadīto dienu;
 - 2.5.2. ārstēšanās paaugstināta servisa apstākļos, ja tādus nodrošina ārstniecības iestāde;
 - 2.5.3. ārstu speciālistu, tai skaitā. profesoru un docentu konsultācijas;
 - 2.5.4. visa veida diagnostiskie, laboratoriskie un instrumentālie izmeklējumi;
 - 2.5.5. ārsta nozīmētas ārstnieciskās manipulācijas un procedūras;
 - 2.5.6. maksas operācijas bez skaita ierobežojuma.

3. Minimālās prasības citām pozīcijām:

- 3.1. Noslēdzot veselības apdrošināšanas līgumu, kā arī veicot izmaiņas veselības apdrošināšanas līguma darbības laikā, pretendents nodrošina veselības apdrošināšanu bez apdrošināmo darbinieku vecuma ierobežojuma un papildu dokumentācijas pieprasījuma.
- 3.2. Pretendentam jānodrošina iespēja pasūtītājam veikt izmaiņas apdrošināto darbinieku sarakstā ne retāk kā 1 reizi mēnesī visā apdrošināšanas polises darbības laikā, izslēdzot no tā personas un pievienojot jaunas personas uz tādiem pašiem apdrošināšanas noteikumiem kā esošajiem darbiniekiem.
- 3.3. Pretendents nodrošina ārstniecības pakalpojumu izmantošanu bez apdrošinājuma summu apakšlimitiem, izņemto minimālajās prasībās noteikto, vai citiem ierobežojumiem visa veselības apdrošināšanas līguma darbības laikā, tai skaitā veicot izmaiņas līguma darbības laikā.
- 3.4. Pretendents nenosaka ierobežojošu savu līgumiestāžu loku un tam jāapmaksā programmā iekļautie pakalpojumi, kurus sniedzis atbilstoši normatīvajiem aktiem reģistrēts pakalpojumu sniedzējs.
- 3.5. Pretendenta līguma iestāžu sarakstā, kurā apdrošināšanas segumā iekļauto maksas aprūpes pakalpojumu (tai skaitā ārstu speciālistu konsultācijas, laboratoriskie izmeklējumi, ārstnieciskās manipulācijas un diagnostika) saņemšana tiek nodrošināta, neveicot skaidras naudas norēķinus (t.i. uzrādot veselības apdrošināšanas karti), ir jābūt iekļautiem šādiem pakalpojuma sniedzējiem: SIA „Veselības centrs 4” un filiāles, SIA „Medicīnas sabiedrība ARS” un filiāle. Gadījumā, ja nosauktā ārstniecības iestāde nav iekļauta pretendenta līguma iestāžu sarakstā, pretendents ir jāpievieno apliecinājums,

ka veselības apdrošināšanas līguma slēgšanas gadījumā (uz līguma slēgšanas brīdi) šī ārstniecības iestāde tiks iekļauta līguma iestāžu sarakstā.

- 3.6. Pretendents nodrošina iespēju, ne vēlāk kā 1 (viena) mēneša laikā pēc darbinieka polises spēkā stāšanās datuma, pievienot Pasūtītāja darbinieku radniekus (laulātie, tai skaitā faktiskā kopdzīvē dzīvojošie, bērni un vecāki) bez vecuma un skaita ierobežojuma līdzvērtīgai veselības apdrošināšanas programmai. Nepieciešamības gadījumā pretendents ir tiesīgs piemērot paaugstinošus koeficientus.
- 3.7. Pretendents nodrošina, ka gadījumā, ja pēc pretendenta apdrošināšanas noteikumiem par polišu (individuālo karšu) dublikātu izgatavošanu tiek ņemta samaksa, tā ir ne vairāk kā EUR 4.00 (četri *euro* un 00 centi) par viena dublikāta izgatavošanu.
- 3.8. Pretendents nodrošina apdrošināšanas atlīdzības saņemšanu ne ilgāk kā 15 (piecpadsmit) kalendāro dienu laikā pēc nepieciešamo dokumentu iesniegšanas, ja ārstniecības pakalpojumi saņemti ārpus pretendenta līgumiestādēm.
- 3.9. Pretendents nodrošina iespēju pieteikt atlīdzību elektroniskā veidā, veicot atlīdzības izmaksu 5 (piecu) darba dienu laikā no visu nepieciešamo dokumentu saņemšanas brīža.
- 3.10. Pretendents nodrošina maksājumu dokumentu par saņemtajiem ārstniecības pakalpojumiem iesniegšanas termiņu ne mazāku kā 60 (sešdesmit) kalendārās dienas.
- 3.11. Pretendents norāda precīzu kalendāro dienu skaitu maksājumu dokumentu par saņemtajiem ārstniecības pakalpojumiem iesniegšanai pēc veselības apdrošināšanas līguma termiņa beigām. Ja pretendents nav norādījis precīzu kalendāro dienu skaitu, tiks uzskatīts, ka tās ir 365 (trīs simti sešdesmit piecas) kalendārās dienas pēc veselības apdrošināšanas līguma termiņa beigām.

2. pielikums
Atklātam konkursam
**„VSIA „Latvijas Nacionālā opera un balets”
darbinieku veselības apdrošināšana”**
Id. Nr. LNO 2015/195

TEHNISKAIS PIEDĀVĀJUMS

Nr.p.k.	Tehniskā specifikācija	Tiek piedāvāts*	Piezīmes (papildu informācija)**
Programmas cena 1 (vienam) darbiniekam gadā ir ne vairāk kā EUR 300.00 (trīs simti euro un 00 centi), nenosakot ierobežojumus ārstniecības iestāžu izvēlē un izsniedzot veselības apdrošināšanas kartes.			
1.	Apdrošinājuma summa programmai gadā 1 (vienam) darbiniekam, kas ir ne mazāka kā EUR 1800.00 (viens tūkstotis astoņi simti <i>euro</i> un 00 centi).	___ <i>euro</i>	
2.	Veselības aprūpes pakalpojumu apmaksā Pacientu iemaksas apmērā 100%, atbilstoši spēkā esošajiem Ministru kabineta noteikumiem, t.sk. par ambulatorās un stacionārās medicīniskās aprūpes pakalpojumiem, kā arī pacienta līdzmaksājums par vienā stacionēšanās reizē operāciju zālē veiktajām ķirurģiskajām manipulācijām.	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	
3.	Ambulatoro maksas pakalpojumu apmaksā ar minimālo apdrošinājuma summu (atlīdzības limits apdrošināšanas periodā) EUR 750.00 (septiņi simti piecdesmit <i>euro</i> un 00 centi), 100% apmērā visās pretendenta līgumiestādēs (bez ierobežojumiem un apakšlimitiem , ja minimālās prasībās tas nav norādīts), tai skaitā:	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	
3.1.	ārstniecības personu mājas vizītes;	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	
3.2.	ārstu speciālistu apmeklējumi (tai skaitā augsti kvalificēti speciālisti, profesori un docenti) bez ģimenes ārsta nosūtījuma un ārstēšanās pie maksas ģimenes ārsta, bez papildus ierobežojumiem (tai skaitā nenosaucot konkrētus ārstus speciālistus). Ārpus pretendenta līgumiestādēm, pirmreizējai un atkārtotai ārsta speciālista, maksas ģimenes ārsta konsultācijai limits nedrīkst būt mazāks kā EUR 25.00 (divdesmit pieci <i>euro</i> un 00 centi), pirmreizējai un atkārtotai profesoru, docentu konsultācijai limits nedrīkst būt zemāks kā EUR 40.00 (četrdesmit <i>euro</i> un 00 centi);	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	
3.3.	ārsta nozīmētas ārstnieciskās manipulācijas, tai skaitā dermatoloģijā;	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	
3.4.	ar darba specifiku saistītās obligātās veselības pārbaudes saskaņā ar Ministru kabineta noteikumiem. Ja tiek noteikts limits apdrošināšanas periodā, tam jābūt ne mazāk kā EUR 45.00 (četrdesmit pieci <i>euro</i> un 00 centi);	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	

3.5.	plaša spektra laboratoriskie izmeklējumi;	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	
3.6.	plaša spektra diagnostiskie izmeklējumi;	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	
3.7.	augstu tehnoloģiju diagnostiskie izmeklējumi, tai skaitā kontrastvielas ar limitu apdrošināšanas periodā ne mazāku kā EUR 180.00 (viens simts astoņdesmit <i>euro</i> un 00 centi). Ārpus pretendenta līgumorganizācijām, magnētiskās rezonanses izmeklējumiem ar kontrastvielu un bez kontrastvielas, viena izmeklējuma apmaksas limits nedrīkst būt zemāks kā EUR 150.00 (viens simts piecdesmit <i>euro</i> un 00 centi) un skaitļotājtomogrāfijas viena izmeklējuma apmaksas limits nedrīkst būt zemāks kā EUR 120.00 (viens simts divdesmit <i>euro</i> un 00 centi).	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	
3.8.	fizikālās procedūras 10 (desmit) reizes apdrošināšanas periodā ar ārstējošā ārsta nosūtījumu bez citiem pakalpojuma saņemšanas ierobežojumiem;	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	
3.9.	medicīniskās izziņas. Ja tiek noteikts limits apdrošināšanas periodā, tam jābūt ne mazākam kā EUR 45.00 (četrdesmit pieci <i>euro</i> un 00 centi);	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	
3.10.	vakcinācija pret ērcu encefalītu un pret gripu. Ja tiek noteikts kopējais limits apdrošināšanas periodā, tam jābūt ne mazākam kā EUR 45.00 (četrdesmit pieci <i>euro</i> 00 centi);	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	
3.11.	valsts neatliekamā un privātā neatliekamā palīdzība Rīgā un Rīgas rajonā;	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	
3.12.	grūtnieču aprūpe, nenosakot atsevišķu apakšlimitu;	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	
4.	Dienas un diennakts stacionāro maksas pakalpojumu apmaksa ar minimālo apdrošinājuma summu (atlīdzības limits apdrošināšanas periodā) EUR 450.00 (četri simti piecdesmit <i>euro</i> 00 centi), 100% apmērā visās pretendenta līgumiestādēs (bez ierobežojumiem un apakšlimitiem , ja minimālās prasībās tas nav norādīts), tai skaitā:	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	
4.1.	maksa par katru diennakts vai dienas stacionārā pavadīto dienu;	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	
4.2.	ārstēšanās paaugstināta servisa apstākļos, ja tādas nodrošina ārstniecības iestāde;	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	
4.3.	ārstu speciālistu, tai skaitā profesoru un docentu konsultācijas;	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	
4.4.	visa veida diagnostiskie, laboratoriskie un instrumentālie izmeklējumi;	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	
4.5.	ārsta nozīmētas ārstnieciskās manipulācijas un procedūras;	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	
4.6.	maksas operācijas bez skaita ierobežojuma.	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	

Minimālās prasības citām pozīcijām:

1.	Noslēdzot veselības apdrošināšanas līgumu, kā arī veicot izmaiņas veselības apdrošināšanas līguma darbības laikā, pretendents nodrošina veselības apdrošināšanu bez apdrošināmo darbinieku vecuma ierobežojuma un papildu dokumentācijas pieprasījuma;	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	
2.	Pretendentam jānodrošina iespēja pasūtītājam veikt izmaiņas apdrošināto darbinieku sarakstā ne retāk kā 1 reizi mēnesī visā apdrošināšanas polises darbības laikā, izslēdzot no tā personas un pievienojot jaunas personas	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	

	uz tādiem pašiem apdrošināšanas noteikumiem kā esošajiem darbiniekiem;		
3.	Pretendents nodrošina ārstniecības pakalpojumu izmantošanu bez apdrošinājuma summu apakšlimitiem, izņemto minimālajās prasībās noteikto, vai citiem ierobežojumiem visa veselības apdrošināšanas līguma darbības laikā, tai skaitā veicot izmaiņas līguma darbības laikā.	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	
4.	Pretendents nenosaka ierobežojošu savu līgumiestāžu loku un tam jāapmaksā programmā iekļautie pakalpojumi, kurus sniedzis atbilstoši normatīvajiem aktiem reģistrēts pakalpojumu sniedzējs.	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	
5.	Pretendenta līguma iestāžu sarakstā, kurā apdrošināšanas segumā iekļauto maksas aprūpes pakalpojumu (tai skaitā ārstu speciālistu konsultācijas, laboratoriskie izmeklējumi, ārstnieciskās manipulācijas un diagnostika) saņemšana tiek nodrošināta, neveicot skaidras naudas norēķinus (t.i. uzrādot veselības apdrošināšanas karti), ir jābūt iekļautiem šādiem pakalpojumu sniedzējiem: SIA „Veselības centrs 4” un filiāles, SIA „Medicīnas sabiedrība ARS” un filiāle. Gadījumā, ja nosauktā ārstniecības iestāde nav iekļauta pretendenta līguma iestāžu sarakstā, pretendents ir jāpievieno apliecinājums, ka veselības apdrošināšanas līguma slēgšanas gadījumā (uz līguma slēgšanas brīdi) šī ārstniecības iestāde tiks iekļauta līguma iestāžu sarakstā.	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	
6.	Pretendents nodrošina iespēju, ne vēlāk kā 1 (viena) mēneša laikā pēc darbinieka polises spēkā stāšanās datuma, pievienot Pasūtītāja darbinieku radniekus (laulātie, tai skaitā faktiskā kopdzīvē dzīvojošie, bērni un vecāki) bez vecuma un skaita ierobežojuma līdzvērtīgai veselības apdrošināšanas programmai. Nepieciešamības gadījumā pretendents ir tiesīgs piemērot paaugstinošus koeficientus.	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	
7.	Pretendents nodrošina, ka gadījumā, ja pēc pretendenta apdrošināšanas noteikumiem par polišu (individuālo karšu) dublikātu izgatavošanu tiek ņemta samaksa, tā ir ne vairāk kā EUR 4.00 (četri <i>euro</i> un 00 centi) par viena dublikāta izgatavošanu.	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	
8.	Pretendents nodrošina apdrošināšanas atlīdzības saņemšanu ne ilgāk kā 15 (piecpadsmit) kalendāro dienu laikā pēc nepieciešamo dokumentu iesniegšanas, ja ārstniecības pakalpojumi saņemti ārpus pretendenta līgumiestādēm.	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	
9.	Pretendents nodrošina iespēju pieteikt atlīdzību elektroniskā veidā, veicot atlīdzības izmaksu 5 (piecu) darba dienu laikā no visu nepieciešamo dokumentu saņemšanas brīža.	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	
10.	Pretendents nodrošina maksājumu dokumentu par saņemtajiem ārstniecības pakalpojumiem iesniegšanas termiņu ne mazāku kā 60 (sešdesmit) kalendārās dienas.	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	
11.	Pretendents norāda precīzu kalendāro dienu skaitu maksājumu dokumentu par saņemtajiem ārstniecības pakalpojumiem iesniegšanai pēc veselības	Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	

	apdrošināšanas līguma termiņa beigām. Ja pretendents nav norādījis precīzu kalendāro dienu skaitu, tiks uzskatīts, ka tās ir 365 (trīs simti sešdesmit piecas) kalendārās dienas pēc veselības apdrošināšanas līguma termiņa beigām.		
--	--	--	--

Piezīmes:

* - šo kolonnu aizpilda pretendents. Šīs kolonnas pirmajā pozīcijā pretendentam nepieciešams norādīt piedāvātā apdrošinājuma summu gadā 1 (vienai) personai, visās pārējās pozīcijās pretendents pretī katrai pozīcijai ieraksta „Jā”, ja pretendenta piedāvājums atbilst Tehniskajā specifikācijā norādītajām nepieciešamajām minimālajām prasībām un „Nē”, ja neatbilst.

** - šo kolonnu aizpilda pretendents. Pretendents šajā kolonnā var norādīt precīzāku informāciju par minimālajās prasībām atbilstošajiem pakalpojumiem un pretendentam obligāti jānorāda informācija, ja tāda ir prasīta, par papildu minimālajām prasībām sniedzamajiem pakalpojumiem.

3. pielikums
Atklātam konkursam
„VSIA „Latvijas Nacionālā opera un balets”
darbinieku veselības apdrošināšana”
Id. Nr. LNO 2015/195

FINANŠU PIEDĀVĀJUMS

_____ (*pretendenta nosaukums*) piedāvātās apdrošināšanas prēmijas Iepirkuma Tehniskās specifikācijās noteiktajam minimālo prasību līmenim atbilstošajai veselības apdrošināšanas programmai:

Nr.p.k.	Programmas nosaukums	Gada atlīdzības limits 1 (vienam) darbiniekam, EUR	Gada apdrošināšanas prēmija 1 (vienam) darbiniekam, EUR
1.			
Kopējā gada prēmija VSIA „Latvijas Nacionālā opera un balets” 300 (trīs simts) darbiniekiem, EUR:			

Pretendenta vadītāja vai pilnvarotās personas paraksts
Z.v.

4. pielikums
Atklātam konkursam „VSIA „Latvijas Nacionālā opera un balets”
darbinieku veselības apdrošināšana”
Id. Nr. LNO 2015/195

VĒRTĒŠANS KRITĒRIJI

1. Komisija par Konkursa uzvarētāju atzīst to pretendentu, kura kvalifikācija un piedāvājums atbilst Nolikumā norādītajām prasībām un kura *piedāvājums ir saimnieciski visizdevīgākais*;
2. Saimnieciski visizdevīgākā piedāvājuma vērtēšanas kritēriji, to skaitliskās vērtības un punktu piešķiršanas metodika:

Nr. p.k.	Vērtēšanas kritēriji	Apzīmējums	Īpatsvars vērtēšanā (punktu skaits)
1.	Kopējā apdrošināšanas prēmija pamatprogrammai 1 (vienam) darbiniekam, <i>euro</i>	K-1	30
2.	Pamatprogrammas limitu paaugstinājums	K-2	12
3.	Uzlabojumi pamatprogrammai	K-3	18
4.	Apdrošināšanas līguma (polises) funkcionalitātes nosacījumi	K-4	25
5.	Līgumiestāžu skaits	K-5	8
6.	Izmaiņu veikšanas kārtība apdrošināto personu sarakstā	K-6	7
KOPĀ:			100

1.0. Vērtēšanas kritēriju novērtēšanas principi un punktu piešķiršanas kārtība:

1.0.1. Kritērija K-1 „Apdrošināšanas prēmija - programmai 1 (vienam) darbiniekam, *euro*” vērtēšana:

1.0.1.1. Piedāvājumam ar viszemāko apdrošināšanas prēmiju - programmai 1 (vienam) darbiniekam tiek piešķirti **30 (trīsdesmit)** punkti.

1.0.1.2. Pārējo pretendentu iesniegtie piedāvājumi tiek vērtēti pēc sekojošas formulas:

$$K-1 = z * (x / y), \text{ kur}$$

z – maksimāli iespējamais punktu skaits;

x – viszemākā piedāvājuma cena;

y – piedāvājuma cena, kuram aprēķina punktus;

K-1 - attiecīgā piedāvājuma iegūtie punkti

1.0.2. Kritērijs K-2 „Programmas limitu paaugstinājums” vērtēšana:

1.0.2.1. Par apdrošinājuma summas (atlīdzību limita) ambulatoro maksas pakalpojumu saņemšanai būtisku palielinājumu, attiecīgi palielinot kopējo apdrošinājuma summu programmai, tiek piešķirti **3 (trīs)** punkti. Par būtisku tiek uzskatīts apdrošinājuma summas atlīdzības limita palielinājums par EUR 150.00 (viens simts piecdesmit *euro* un 00 centi). Par katrām EUR 150.00 (viens simts piecdesmit *euro* un 00 centi) tiek piešķirti 3 (trīs) punkti, maksimālais iegūstamais punktu skaits ir **6 (seši)** punkti.

1.0.2.2. Par apdrošinājuma summas (atlīdzību limita) stacionāro maksas pakalpojumu saņemšanai būtisku palielinājumu, attiecīgi palielinot kopējo apdrošinājuma

summu programmai, tiek piešķirti **3 (trīs)** punkti. Par būtisku tiek uzskatīts apdrošinājuma summas atlīdzības limita palielinājums par EUR 150.00 (viens simts piecdesmit *euro* un 00 centi). Par katriem EUR 150.00 (viens simts piecdesmit *euro* un 00 centi) tiek piešķirti 3 (trīs) punkti, maksimālais iegūstamais punktu skaits ir **6 (seši)** punkti.

1.0.3. Kritērija K-3 „Uzlabojumi pamatprogrammai” vērtēšana:

- 1.0.3.1. Par vakcinācijas pret B un pret A hepatītu iekļaušanu programmā, tiek piešķirti **2 (divi)** punkti.
- 1.0.3.2. Par vakcinācijas iekļaušanu programmā, nepiemērojot apakšlimitu, tiek piešķirti **2 (divi)** punkti.
- 1.0.3.3. Par augstu tehnoloģiju instrumentālās diagnostikas iekļaušanu programmā, nepiemērojot apakšlimitu, tiek piešķirti **4 (četri)** punkti.
- 1.0.3.4. Ārpus pretendenta līgumiestādēm pirmreizējām un atkārtotām ārsta speciālista un maksas ģimenes ārsta saņemtajām konsultācijām, nosakot atlīdzības limitu ne mazāku kā EUR 30.00 (trīsdesmit *euro* un 00 centi), tiek piešķirti **6 (seši)** punkti.
- 1.0.3.5. Ar darba specifiku saistītās obligātās veselības pārbaudes saskaņā ar Ministru kabineta noteikumiem iekļaušanu programmā, nepiemērojot apakšlimitu, tiek piešķirti **4 (četri)** punkti.

1.0.4. Kritērija K-4 „Apdrošināšanas līguma (polises) funkcionalitātes nosacījumi” vērtēšana:

- 1.0.4.1. Atlīdzības pieteikšana. Pretendenta piedāvājumam ar garāko maksājumu dokumentu par saņemtajiem ārstniecības pakalpojumiem iesniegšanas termiņu, salīdzinot ar visiem pretendentu piedāvājumiem un nekā ir noteikts Tehniskās specifikācijas minimālajās prasībās, tiek piešķirti **5 (pieci)** punkti. Katram nākamajam pretendenta piedāvājumam ar īsāku maksājumu dokumentu par saņemtajiem ārstniecības pakalpojumiem iesniegšanas termiņu piešķirto papildus punktu skaitu samazina par 1 (vienu) punktu. Par minimālo prasību izpildi papildus punkti netiek piešķirti.
- 1.0.4.2. Apdrošināšanas segums. Tiek vērtēts tehniskās specifikācijas prasībām atbilstošs pretendenta piedāvājums ar plašāku apmaksājamo veselības aprūpes pakalpojumu segumu, salīdzinot ar pārējiem pretendentiem (piemēram, plašākais iespējamo ārstu konsultāciju saraksts, plašākais laboratorisko un diagnostisko izmeklējumu saraksts, u.c. pakalpojumi) un pretendenta piedāvājumā iekļautais izņēmumu saraksts. Piedāvājumam ar labāko un plašāko apdrošināšanas segumu, kā arī ar mazākajiem ierobežojumiem attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumiem, kuri netiek apmaksāti, tiek piešķirti **10 (desmit)** punkti. Katram nākamajam piedāvājumam ar ierobežojošāku apdrošināšanas segumu piešķirtais punktu skaits tiek samazināts par:
 - 1 (vienu) punktu, gadījumā ja apdrošināšanas segumā iekļauto pakalpojumu klāsts ir pietiekami plašs un ierobežojumi, salīdzinot ar labākā pretendenta piedāvājumu, maznozīmīgi.
 - 5 (pieciem) punktiem, ja piedāvājumā norādītais pakalpojumu klāsts ir ievērojami šaurāks un izņēmumu saraksts ievērojami lielāks, salīdzinot ar labākā pretendenta piedāvājumu.
 - Vienlīdzīgu piedāvājumu gadījumā vairāku pretendentu piedāvājumiem tiek piešķirts vienāds punktu skaits.
- 1.0.4.3. Medicīnisko pakalpojumu saraksts, par kuriem apdrošinātajai personai sākotnēji jānorēķinās no personīgiem līdzekļiem. Pretendenta piedāvājumam ar vismazāko

pakalpojumu sarakstu, par kuriem apdrošinātajai personai sākotnēji jānorēķinās ar personīgajiem līdzekļiem, tiek piešķirts maksimālais punktu skaits **5 (pieci)** punkti. Katram nākamajam pretendenta piedāvājumam ar lielāku pakalpojumu sarakstu, par kuriem apdrošinātajai personai sākotnēji jānorēķinās ar personīgajiem līdzekļiem, piešķirto punktu skaits tiek samazināts par 1 punktu.

1.0.4.4. Iepriekš saskaņojamo pakalpojumu saraksts un ierobežojošie nosacījumi.

Pretendenta piedāvājumam ar vismazāko iepriekš saskaņojamo pakalpojumu sarakstu tiek piešķirts maksimālais punktu skaits **5 (pieci)** punkti. Katram nākamajam pretendenta piedāvājumam ar lielāku iepriekš saskaņojamo pakalpojumu sarakstu piešķirto punktu skaits tiek samazināts par 1 punktu. Papildus tiek vērtēti arī pretendentu noteiktie ierobežojumi (piemēram, izmaksājamās atlīdzības samazināšana) gadījumos, ja iepriekšēja saskaņošana par norādītajiem medicīniskajiem pakalpojumiem netiek veikta. Noteikto ierobežojumu gadījumā piešķirto punktu skaits vērtējamā pretendenta piedāvājumam tiek samazināts vēl par 0.5 punktu.

1.0.5. Kritērija K-5 „Līgumiestāžu skaits” vērtēšana:

1.0.5.1. Ar lielāko līgumiestāžu pārklājumu Rīgā tiek piešķirti **8 (astoņi)** punkti.

1.0.5.2. Pārējo pretendentu iesniegtie piedāvājumi tiek vērtēti pēc sekojošas formulas:

$$K-5 = z * (x / y), \text{ kur}$$

z – maksimāli iespējamais punktu skaits;

x – līgumiestāžu skaits piedāvājumam, kuram aprēķina punktus;

y – vislielākais līgumiestāžu skaits;

K-5 - attiecīgā piedāvājuma iegūtie punkti

1.0.5.3. Netiks vērtētas līgumorganizāciju sarakstā pievienotās optikas iestādes, kuras nodrošina acu ārstu vizīti un redzes korekcijas pakalpojumus.

1.0.6. Kritērija K-6 „Izmaiņu veikšanas kārtība apdrošināto personu sarakstā” vērtēšana:

1.0.6.1. Iekļaujot jaunus apdrošināmos darbiniekus darbiniekus, kā arī izslēdzot apdrošinātos darbiniekus no apdrošināto saraksta, pretendents veic prēmijas aprēķinu proporcionāli atlikušajam periodam par pilniem mēnešiem (tas nozīmē, ka viena mēneša apdrošināšanas prēmija tiek noteikta kā 1/12 daļa no gada apdrošināšanas prēmijas). Aprēķinot prēmijas atlikumu par izslēgtajām personām, netiek ņemti vērā administratīvie izdevumi un izmaksātās atlīdzības. Par šī vērtēšanas kritērija izpildi tiek piešķirti **7 (septiņi)** punkti.

5. pielikums
Atklātam konkursam
„VSIA „Latvijas Nacionālā opera un balets”
darbinieku veselības apdrošināšana”
Id. Nr. LNO 2015/195

LĪGUMA PROJEKTS

_____ ,

2015. gada _____

_____ **apdrošināšanas akciju sabiedrība** (vienotās reģistrācijas numurs _____, juridiskā adrese: _____), turpmāk tekstā - **APDROŠINĀTĀJS**, tās _____ personā, kura rīkojas uz _____ pamata, no vienas puses, un

VSIA „Latvijas Nacionālā opera un balets” (vienotās reģistrācijas numurs 40103208907, juridiskā adrese: Aspazijas bulvāris 3, Rīga, LV-1050), turpmāk tekstā - **APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS**, tā _____ personā, kurš rīkojas uz _____ pamata, no otras puses,

noslēdz šādu līgumu, turpmāk tekstā - Līgums, kurā vienojas par turpmāko:

1. Līguma priekšmets

1.1. Pamatojoties uz APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA iepirkuma procedūras “VSIA „Latvijas Nacionālā opera un balets” darbinieku veselības apdrošināšana”, ar iepirkuma identifikācijas Nr. _____, turpmāk tekstā - Konkursa rezultātiem, un saskaņā ar Līguma un tā pielikumu noteikumiem APDROŠINĀTĀJS apdrošina APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA darbinieku, turpmāk tekstā – Darbinieki un APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA ģimenes locekļu (laulātais, t.sk. faktiskā kopdzīvē dzīvojošie, bērni un vecāki), turpmāk tekstā - Radnieki, veselību.

1.2. Kad APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS būs elektroniskā veidā iesniedzis APDROŠINĀTĀJAM apdrošināmo Darbinieku sarakstu un Radnieku sarakstu, APDROŠINĀTĀJS 5 (piecu) darba dienu laikā izsniegs APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM veselības apdrošināšanas polises, turpmāk tekstā - Polises, kuras stāsies spēkā 2016. gada _____, kā arī darbinieku un darbinieku radnieku individuālās veselības apdrošināšanas kartes, turpmāk tekstā - Kartes.

2. Apdrošinājuma summas un apdrošināšanas prēmijas

2.1. Katra APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA Darbinieka apdrošinājuma summa un apdrošināšanas prēmija tiek norādīta Polīsē.

2.2. Radnieki, apdrošinājuma summas ir atbilstošas Polīsē norādītajām Darbinieku apdrošinājuma summām. Apdrošināšanas prēmijas tiek noteiktas saskaņā ar APDROŠINĀTĀJA finanšu un tehnisko piedāvājumu;

2.3. Apdrošināšanas prēmiju maksājumus APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS veic katru mēnesi 7 (septiņu) darba dienu laikā pēc APDROŠINĀTĀJA rēķina saņemšanas, kurš sagatavots ņemot vērā attiecīgajā maksājumu mēnesī Apdrošināto skaitu. APDROŠINĀTĀJS nosūta APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM rēķinu par katru maksājumu uz e-pasta adresi _____.

2.4. Rēķins tiek uzskatīts par samaksātu brīdī, kad Apdrošinājuma ņēmējs ir veicis bankas pārskaitījumu uz apdrošinātāja rēķinā norādīto bankas kontu.

2.5. Gada apdrošināšanas prēmiju Radinieki, kas iegādājas pamata programmu, sedz no saviem personīgajiem finanšu līdzekļiem, ar vienu maksājumu, iemaksu veicot tieši APDROŠINĀTĀJAM .

3. Pušu pienākumi

3.1. APDROŠINĀTĀJS apņemas:

3.1.1. ievērot Līguma un Polises noteikumus;

3.1.2. izsniegt katram apdrošinātajam Darbiniekam un Radiniekam Karti un detalizētu veselības apdrošināšanas programmās iekļauto pakalpojumu aprakstu;

3.1.3. maksāt apdrošināšanas atlīdzību, Līgumā un likumā "Par apdrošināšanas līgumu" minētajos gadījumos, apmērā, kārtībā un termiņā;

3.1.4. pēc visu nepieciešamo dokumentu saņemšanas veikt atlīdzības izmaksu vai rakstiski paziņot par atlīdzības izmaksas atteikumu ____ (_____) kalendāro dienu laikā, ja Darbinieks vai Radinieks par Līgumā paredzēto pakalpojumu norēķinājies ar personiskajiem līdzekļiem;

3.1.5. informēt APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJU par aktuālo informāciju APDROŠINĀTĀJA līguma iestāžu sarakstā (publicējot informāciju APDROŠINĀTĀJA mājas lapā);

3.1.6. pēc APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA rakstiska pieprasījuma noslēgt 1 (viena) mēneša laikā sadarbības līgumu ar APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA norādīto ārstniecības iestādi vai konkrēto licencētu ārstniecības pakalpojumu sniedzēju, ja APDROŠINĀTĀJS un attiecīgā ārstniecības iestāde vai konkrētais ārstniecības pakalpojumu sniedzējs spēj vienoties par sadarbības līguma nosacījumiem;

3.1.7. līguma darbības laikā nepasliktināt Līguma, Polises un apdrošināšanas noteikumu nosacījumus, kā arī jebkādā citā veidā neapgrūtināt Darbinieku un Radinieku iespējas saņemt Līgumā paredzētos apdrošināšanas pakalpojumus;

3.1.8. veikt uzskaiti par Darbinieku izmantoto pakalpojumu apjomu un pēc APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA pieprasījuma sniegt atskaiti par Darbinieku izmantoto pakalpojumu apmēru attiecīgajā laika periodā;

3.2. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS apņemas:

3.2.1. ievērot Līguma un Polises noteikumus;

3.2.2. Informēt Darbiniekus un Radiniekus, ka ne vēlāk kā ____ (_____) dienu laikā pēc apdrošināšanas gadījuma iestāšanās, apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai APDROŠINĀTĀJAM ir jāiesniedz atlīdzības pieteikums ar apdrošināšanas gadījuma iestāšanās apliecināšu medicīniskā dokumenta oriģinālu vai kopiju:

- kases norēķinu čekus vai stingrās uzskates kvītis, kurās ir norādīts datums, personas vārds, uzvārds, personas kods, saņemtā pakalpojuma atšifrējums;

- pakalpojuma nepieciešamību apliecināšu medicīnisku dokumentu (izrakstu no slimnieka medicīniskās kartes vai ārsta norīkojumu);

- vai citi dokumenti pēc APDROŠINĀTĀJA pieprasījuma

3.3. Saņemot Līgumā paredzētos pakalpojumus APDROŠINĀTĀJA nelīguma iestādē, Darbinieks un Radinieks par šiem pakalpojumiem maksā no saviem līdzekļiem, bet APDROŠINĀTĀJS pēc tam atlīdzina šos izdevumus Līgumā noteiktajā kārtībā.

4. Izmaiņu veikšana Darbinieku sarakstā

4.1. Ja Līguma darbības laikā APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS apdrošina jauna Darbinieka veselību, APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS ne biežāk kā 1 (vienu) reizi mēnesī iesniedz rakstisku paziņojumu APDROŠINĀTĀJAM, norādot tajā apdrošināmā darbinieka vārdu, uzvārdu, personas kodu un apdrošināšanas programmu. Puses izdara grozījumus apdrošināmo Darbinieku sarakstā ar katra kalendārā mēneša _____ datumu. Apdrošinot jaunus darbiniekus, APDROŠINĀTĀJS izsniedz APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM jaunā

darbinieka Karti ne vēlāk kā 5 (piecu) darba dienu laikā, skaitot no APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA rakstveida pieteikuma saņemšanas.

4.2. Apdrošināšanas prēmiju par papildus apdrošināmo darbinieku nosaka, aprēķinot to **proporcionāli** atlikušajam Līguma darbības laikam par pilniem mēnešiem saskaņā ar APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM iesniegto APDROŠINĀTĀJA apdrošināšanas piedāvājumu.

4.3. Ja ar apdrošināto Darbinieku tiek izbeigtas darba tiesiskās attiecības un pārtraukta apdrošināšanas aizsardzība, APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS ne biežāk kā 1 (vienu) reizi mēnesī par to rakstiski paziņo un iesniedz attiecīgā Darbinieka Karti APDROŠINĀTĀJAM.

4.4. Puses Līguma 4.3. punktā minētajā gadījumā :

4.4.1. vienojoties izdara attiecīgus grozījumus Darbinieku sarakstā;

4.4.2. apdrošināšanas segums attiecībā uz šo Darbinieku, ar kuru darba tiesiskās attiecības ir izbeigtas, tiek pārtraukts ar katra kalendārā mēneša _____ datumu, skaitot no dienas, kad APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS ir iesniedzis APDROŠINĀTĀJAM rakstisku iesniegumu un bijušā Darbinieka Karti;

4.4.3. neizmantojot apdrošināšanas prēmijas daļu APDROŠINĀTĀJS, pēc APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA ieskatiem, pārskaita uz APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA bankas kontu vai arī patur kā avansu turpmāko apdrošināšanas prēmiju maksājumiem.

5. Līguma darbības termiņš

5.1. Līgums stājas spēkā 2016. gada _____ un darbojas līdz 2017.gada _____.

5.2. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM ir tiesības vienpusējā kārtā izbeigt Līguma darbību, 1 (vienu) mēnesi iepriekš par to rakstiski brīdinot APDROŠINĀTĀJU.

5.3. Līguma darbība var tikt izbeigta arī likuma "Par apdrošināšanas līgumu" un citos Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajos gadījumos, kā arī pusēm atsevišķi rakstiski par to vienojoties.

5.4. Līguma pirmstermiņa izbeigšanas gadījumā, aprēķinot atmaksājamo neizmantojot apdrošināšanas prēmijas daļu, APDROŠINĀTĀJS neietur izdevumus par administratīvajām izmaksām.

6. Pušu atbildība un strīdu izšķiršanas kārtība

6.1. Ja APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS līguma darbības laikā konstatē, ka APDROŠINĀTĀJA sniegtais veselības apdrošināšanas pakalpojums neatbilst Konkursa par veselības apdrošināšanu iesniegtajam piedāvājumam, un APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS ir iesniedzis rakstisku pretenziju par nesaņemtajiem vai neapmaksātajiem pakalpojumiem, APDROŠINĀTĀJS maksā līgumsodu 5% no kopējās līguma cenas, pārskaitot to uz Apdrošinājuma ņēmēja Līgumā norādīto bankas kontu ne vēlāk kā 10 (desmit) dienu laikā no šajā punktā minētā pieprasījuma nosūtīšanas. Visas neatbilstības APDROŠINĀTĀJS novērš bez kavēšanās - par to informējot APDROŠINĀŠANAS ŅĒMĒJU. Līgumsoda samaksāšana - nav pamats neatbilstību nenovērst. Nenovēršanas gadījumā APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS var vienpusēji lauzt līgumu 6.2.punktā noteiktā kārtībā.

6.2. Ja apdrošinātajām personām nav pieejami apdrošināšanas programmā iekļautie veselības apdrošināšanas pakalpojumi, APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS var lauzt līgumu, otru pusi par to brīdinot 30 dienas iepriekš. Ja līgums tiek lauzts šajā punktā noteiktajā gadījumā, APDROŠINĀTĀJS maksā APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM līgumsodu 10% apmērā no kopējās Līguma cenas, kā arī atlīdzina zaudējumus Šajā gadījumā APDROŠINĀTĀJAM ir pienākums izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību arī par apdrošināšanas gadījumiem, kuri iestājušies pirms apdrošināšanas līguma laušanas.

6.3. Ja APDROŠINĀTĀJS lauž apdrošināšanas līgumu, APDROŠINĀTĀJS maksā APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJAM līgumsodu 10% apmērā no kopējās Līguma cenas, izņemot gadījumu, ja APDROŠINĀTĀJS lauž līgumu, jo APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS vismaz mēnesi ir kavējis apdrošināšanas prēmijas maksājumu.

6.4. Puses tiek atbrīvotas no atbildības par Līguma nepildīšanu, ja Līguma izpilde nav iespējama nepārvaramas varas vai ārkārtēju apstākļu ietekmes rezultātā, kurus attiecīgā no pusēm nevarēja ne paredzēt, ne novērst, ne ietekmēt, un par kuru rašanos nenes atbildību, t.i., be ne tikai – stihiskas nelaimes, kara darbība, blokāde, terora akti, civiliedzīvotāju nemieri, streiki.

6.5. Katra no pusēm, kuru Līguma ietvaros ietekmē nepārvaramas varas apstākļi, nekavējoties par to informē otru pusi, pēc kā puses lemj par Līguma turpmāko izpildi.

6.6. Visi strīdi, kas starp Pusēm rodas Līguma sakarā, vispirms tiek risināti savstarpējās sarunās. Visi strīdi vai pretenzijas, kas iesniegtas rakstiski, tiek izskatītas un uz tām tiek sniegtas atbildes 14 (četrpadsmit) kalendāro dienu laikā.

6.7. Ja sarunu gaitā strīds nav noregulēts un kāda no pusēm uzskata, ka tas sarunu gaitā nav iespējams, strīds tiek izšķirts tiesā Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.

6.8. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS savā un apdrošināto personu vārdā ar Līguma noslēgšanas brīdi pilnvaro APDROŠINĀTĀJU kā personas datu apstrādes sistēmas pārziņi un personu datu operatoru apstrādāt un izmantot APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA datus, kā arī apdrošināto personu datus, tai skaitā sensitīvos personu datus un personas identifikācijas kodus Līguma izpildes nodrošināšanai. APDROŠINĀTĀJS apņemas nodrošināt APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA un apdrošināto darbinieku personas datu aizsardzību un neizpaušanu saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu un citiem Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem.

6.9. APDROŠINĀTĀJS līguma 6.8. punktā minētos personas datus, cik tālu tas nav pretrunā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu, var izpaust tikai ar APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA Darbinieka vai Radnieka piekrišanu.

6.10. Puses nodrošina Līguma izpildes laikā iegūtās informācijas un datu konfidencialitāti, ievērojot spēkā esošajos likumos noteiktos izņēmumus.

7. Nobeiguma jautājumi:

7.1. Pušu pilnvarotās personas Līguma saistību izpildei:

7.1.1. no APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA puses - _____ (tālrunis: _____, fakss: _____, e-pasts: _____);

7.1.2. no APDROŠINĀTĀJA puses - _____ (tālrunis: _____, fakss: _____, e-pasts: _____).

7.2. Pusēm ir pienākums nekavējoties rakstveidā paziņot par izmaiņām pušu juridiskajā formā, nosaukumā, adresē, kontakttELEFONU un kontaktpersonu norādēs, vai citā līdzīga satura informācijā, kas ir nepieciešama pušu līgumisko saistību izpildei.

7.3. Līgumu veido šādas sastāvdaļas:

7.3.1. Līguma teksts uz _____ (_____) lapām;

7.3.2. Pielikums Nr.1 - APDROŠINĀTĀJA veselības apdrošināšanas finanšu piedāvājums uz _____ () lapām;

7.3.3. Pielikums Nr.2 - APDROŠINĀTĀJA „Veselības apdrošināšanas tehniskais piedāvājums () lapām;

7.3.4. Pielikums Nr.3 – Apdrošināšanas polise uz _____ lapām un Kartes (izsniegtas Darbiniekiem un Radniekiem).

7.4. Ja rodas pretrunas starp Līguma noteikumiem, tad puses uzskata un piemēro primāri Līguma speciālo noteikumu (Veselības apdrošināšanas tehniskā piedāvājuma) normas (līguma pielikumā Nr.2).

7.5. Jebkādi Līguma grozījumi stājas spēkā tikai tad, ja tie noformēti rakstiski un parakstīti no abām pusēm, kļūstot par Līguma neatņemamām sastāvdaļām.

7.6. Līgums uzrakstīts un parakstīts 2 (divos) identiskos eksemplāros un atrodas pa vienam eksemplāram pie katras no pusēm.

8. Pušu rekvizīti un paraksti:

APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJS:
VSIA „Latvijas Nacionālā opera un
balets”
Reģ. Nr.: 40103208907
Aspazijas bulvāris 3, Rīga, LV-1050
Banka: Valsts Kase
Kods: TREL LV22
Konta Nr.: LV19TREL9220500000000

Z.v.

APDROŠINĀTĀJS:

Z.v.