

TEHNISKĀ SPECIFIKĀCIJA / TEHNISKAIS PIEDĀVĀJUMS

Nr.p.k	Tehniskās specifikācijas minimālās prasības	
1.	Veselības apdrošināšanas līguma / apdrošināšanas polises funkcionalitāte:	
1.1.	Maksimālais prēmijas lielums (piedāvājuma cena) par apdrošināšanas pamata programmu 1 apdrošinātai personai nevar būt lielāks par EUR 228 .	
1.2.	Paredzamais apdrošināmo personu skaits par darba devēja līdzekļiem: 143 darbiniekiem , tajā skaitā 100 vīrieši un 43 sievietes. <i>Precīzs apdrošināmo skaits tiks norādīts apdrošināšanas polises slēgšanas brīdī.</i>	
1.3.	Veselības apdrošināšanas pakalpojumu sniegšanas termiņš – 1 gads.	
1.4.	Pretendentam jānodrošina katrs Pasūtītāja apdrošinātāja darbinieks ar individuālo veselības apdrošināšanas karti (turpmāk – <i>Karte</i>) un detalizētu veselības apdrošināšanas programmas aprakstu. Papildus Pretendentam ir jānodrošina informācijas pieejamība apdrošinātajām personām ar Pretendenta aktuālo līguma iestāžu sarakstu.	
1.5.	Veselības apdrošināšanas polisei (turpmāk – <i>Polise</i>) / Kartei ir jābūt izmantojamai visā Latvijas Republikas teritorijā, nodrošinot tās darbību 24 (divdesmit četras) stundas diennaktī, 7 dienas nedēļā.	
1.6.	Visiem apdrošināšanas segumā ietvertajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (t.sk. arī gadījumos ja apdrošināšanas segums nav spēkā pilnu apdrošināšanas periodu un/vai konkrēta saslimšana un tās ārstēšanas nepieciešamība ir diagnosticēta pirms apdrošināšanas spēkā stāšanās) jābūt pieejamiem pilnā apmērā, sākot ar Polises un Kartes pirmo darbības dienu, un visā tās darbības laikā.	
1.7.	Pretendentam ir jānodrošina plašas ambulatoro un stacionāro līguma iestāžu izvēles iespējas visā Latvijas Republikas teritorijā, tajā skaitā Rīgā. Pretendenta ambulatoro un stacionāro līguma iestāžu sarakstā (t.i. ārstniecības līguma iestādes, kurās ar Karti, bezskaidras naudas norēķinu veidā ir iespējams norēķināties ne tikai par pacientu iemaksas pakalpojumiem, bet arī par līguma iestādes piedāvātajiem maksas pakalpojumiem) ir jābūt iekļautām sekojošām ārstniecības iestādēm: SIA „Veselības centrs 4”, Konsultatīvā poliklīnika, Medicīnas sabiedrība SIA „ARS”, AS "Veselības centru apvienība", SIA “Rīgas 2.slimnīca”, SIA “Rīgas 1.slimnīca”, VSIA „Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca”, SIA “Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīca” (konsultatīvā poliklīnika, Stacionārs “Latvijas Onkoloģijas centrs”, Stacionārs "Gaiļezers", Stacionārs “Latvijas Infektoloģijas centrs”, Stacionārs “Biķernieki”)	

1.8.	<p>Pretendentam visās piedāvātajās līguma iestādēs ir jānodrošina apdrošināšanas segumā iekļauto veselības apdrošināšanas pakalpojumu saņemšana uzrādot Karti un neveicot skaidras naudas norēķinus.</p> <p><i>Pasūtītājs norāda, ka par ambulatorajām un stacionārajām līguma iestādēm šī iepirkuma ietvaros netiek uzskatītas ārstniecības iestādes, kurās ar Pretendenta piedāvāto apdrošināšanas programmu, atbilstoši tehniskās specifikācijas 2 punkta prasībām, uzrādot Karti, iespējams norēķināties tikai par pacientu iemaksas pakalpojumiem no iestādes kopējā piedāvātā pakalpojumu klāsta, kā arī citas ārstniecības iestādes (tajā skaitā arī optikas iestādes), kurās, uzrādot Karti, bezskaidras naudas norēķinu veidā tiek nodrošināti tikai atsevišķi, specializēti maksas ambulatorie pakalpojumi no iestādes kopējā piedāvāto pakalpojumu klāsta.</i></p>	
1.9.	<p>Pretendentam apdrošinātajiem darbiniekiem ir jānodrošina iespēja iesniegt maksājumus apliecinātos dokumentus atlīdzības saņemšanai (turpmāk – <i>Atlīdzības pieteikumi</i>) gan elektroniski, gan visās Pretendenta pārstāvniecībās par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas saņemti gan Pretendenta nelīguma iestādēs, gan līguma iestādēs gadījumā, ja apdrošinātajam par saņemto veselības aprūpes pakalpojumu nav bijusi iespēja norēķināties ar Karti (un to paredz šīs specifikācijas prasības).</p> <p><i>Pasūtītājs norāda, ka elektroniskos Atlīdzības pieteikumus apdrošinātais ir tiesīgs iesniegt no jebkuras sev pieejamas e-pasta adreses (gan darba, gan privātā, gan jebkura citas), kā arī Pretendents nav tiesīgs noteikt ierobežojumus e-pasta adreses nosaukumam.</i></p>	
1.10.	<p>Atlīdzības pieteikumu par polisē iekļautajiem pakalpojumiem, apdrošinātās personas ir tiesīgas iesniegt ne mazāk kā 3 (trīs) mēnešu laikā no pakalpojuma saņemšanas brīža.</p>	
1.11.	<p>Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa vai Atlīdzības pieteikuma iesniedzēja informēšana atteikuma vai daļējas izmaksas gadījumā (t.sk. norādot atteikto atlīdzības summu un detalizēti paskaidrojot atteikuma vai daļējas izmaksas iemeslu) par visiem tiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kuru apmaksu apdrošinātais sākotnēji ir veicis no personīgajiem līdzekļiem, Pretendentam ir jāveic ne vēlāk kā 15 (piecpadsmit) kalendāro dienu laikā no nepieciešamo dokumentu saņemšanas dienas.</p>	
1.12.	<p>Pretendentam, jānodrošina iespēja Pasūtītājam veikt izmaiņas apdrošināto personu sarakstā ne retāk kā 1 reizi mēnesī visa apdrošināšanas līguma (Polises) darbības termiņa laikā, izslēdzot no tā apdrošinātos darbiniekus un pievienojot jaunus Pasūtītāja darbiniekus uz tādiem pašiem apdrošināšanas nosacījumiem kā esošajiem darbiniekiem, t.sk. arī apdrošināšanas segumam saglabājot pilnu apdrošināšanas perioda apdrošinājuma summu/limitu.</p>	
1.13.	<p>Iekļaujot jaunus apdrošināmos darbiniekus, kā arī izslēdzot personas no apdrošināto saraksta, Pretendentam jāveic prēmijas aprēķins proporcionāli atlikušajam periodam par pilniem mēnešiem (tas nozīmē, ka viena mēneša apdrošināšanas prēmija tiek noteikta kā 1/12 daļa no gada apdrošināšanas prēmijas). Aprēķinot prēmijas atlikumu par izslēgtajām personām, netiek ņemti vērā administratīvie izdevumi un izmaksātās atlīdzības.</p>	
1.14.	<p><i>Pretendentam saskaņā ar Pasūtītāja norādījumiem ir jānodrošina kopējās apdrošināšanas prēmijas apmaksas iespēja vienā vai vairākos maksājumos (bet ne vairāk kā 4), dalīto maksājumu gadījumā apdrošināšanas prēmijai nepiemērojot papildus sadārdzinājumu.</i></p>	
1.15.	<p>Pēc Pasūtītāja rakstiska pieprasījuma saņemšanas, Pretendentam ir jānodrošina informācijas sagatavošana un nosūtīšana Pasūtītājam par apdrošināšanas līguma darbības laikā kopējo izmaksāto apdrošināšanas atlīdzību statistiku, savu iespēju robežās norādot procentuālu izmaksu sadalījumu katrā no apdrošināšanas segumā iekļautajām veselības aprūpes pakalpojumu grupām.</p>	

2.	Veselības aprūpes pakalpojumi, apdrošinājuma summas un atlaižu apmērs (veselības apdrošināšanas programmas kvalitāte):	
2.1.	Kopējais minimālais atlīdzību limits vienam apdrošinātajam darbiniekam par ambulatoriem un stacionāriem veselības aprūpes pakalpojumiem apdrošināšanas periodā ne mazāk kā EUR 1500.00 gadā, tajā skaitā iekļaujot sekojošus pakalpojumus:	
2.2.	Pacienta iemaksas pakalpojumi 100% apmērā , atbilstoši spēkā esošajiem Ministru kabineta noteikumiem, kopējās piedāvātās apdrošinājuma summas ietvaros, tajā skaitā: <ul style="list-style-type: none"> - pacientu iemaksas par ambulatoriem veselības aprūpes pakalpojumiem; - pacientu iemaksas par stacionāriem veselības aprūpes pakalpojumiem (tajā skaitā arī stacionārā rehabilitācija); - pacienta līdzmaksājums par vienā stacionēšanās reizē operāciju zālē veiktajām ķirurģiskajām manipulācijām. 	
2.3.	Ambulatorās veselības aprūpes maksas pakalpojumi (t.sk. bez ģimenes ārsta nosūtījuma) ne mazāk kā EUR 500.00 apdrošināšanas periodā, neparedzot katra apdrošināšanas segumā iekļautā pakalpojuma reižu skaita ierobežojumus, atsevišķus apakšlimitus vienam saslimšanas gadījumam vai apakšlimitus kādai no apdrošināšanas segumā iekļautajām pakalpojumu grupām:	
2.3.1.	maksas ārstu konsultācijas bez norīkojuma, ne mazāk kā EUR 21.00 par katru konsultāciju, neierobežojot apmaksājamo klāstu tikai ar Pretendenta nosauktajiem speciālistiem, tajā skaitā – maksas ģimenes ārsta un/vai maksas terapeita konsultācijas, ārstniecības personu mājas vizītes un to laikā sniegtie medicīniskie pakalpojumi, ārstu- speciālistu konsultācijas (apmaksājot arī dermatologu konsultācijas neatkarīgi no saslimšanas diagnozes), kā arī augsti kvalificētu speciālistu (profesoru un docentu) konsultācijas.	
2.3.2.	plaša spektra laboratoriskie izmeklējumi , tajā skaitā arī maksa par analīžu noņemšanu 100% apmērā gan līguma, gan nelīguma iestādēs, neierobežojot apmaksājamo izmeklējumu klāstu tikai ar Pretendenta nosauktajiem izmeklējumiem.	
2.3.3.	plaša spektra diagnostiskie izmeklējumi ar ārsta norīkojumu, tajā skaitā - visa veida ultrasonogrāfiskie, doplerogrāfiskie izmeklējumi, holtera monitorēšana, endoskopiskie izmeklējumi, rentgenizmeklējumi ar vai bez kontrastvielas, scintigrāfija, datortomogrāfija, magnētiskā rezonanse ar un bez kontrastvielas un citi izmeklējumi jebkurai ķermeņa zonai/ orgānam, saskaņā ar Pretendenta piedāvājumu;	
2.3.4.	vakcinēšana pret ērcu encefalītu, difteriju un/vai stingumkramjiem, gripu 100% apmērā gan līguma, gan nelīguma iestādēs, atbilstoši cenrādim;	
2.3.5.	Valsts noteiktās obligātās darbinieku veselības pārbaudes (darba pienākumu izpildei nepieciešamajā apjomā), t.sk. arī izbraukuma pārbaudes visā Latvijas Republikas teritorijā 100% apmērā gan līguma;	
2.3.6.	plaša spektra ārstnieciskās manipulācijas , tajā skaitā apmaksājot manipulācijas arī dermatoloģijā, ginekoloģijā, ķirurģijā, otolaringoloģijā u.c.;	
2.3.7.	dažāda veida procedūras , tajā skaitā dažādu medikamentu injekcijas, blokādes, punkcijas un citas procedūras;	
2.3.8.	ambulatorā rehabilitācija (ar ģimenes ārsta vai jebkura ārstējošā ārsta norīkojumu, kā arī bez diagnožu ierobežojuma) ar kopējo limitu ne mazāk kā EUR 100.00 apdrošināšanas periodā, nenosakot ierobežojumus reižu un kursu skaitam, kā arī vienas reizes limitu, tajā skaitā: <ul style="list-style-type: none"> - ārstnieciskā masāža, - manuālā terapija, - ūdens procedūras, - ārstnieciskā vingrošana individuāli vai grupās; - fizikālās terapijas procedūras; 	

2.3.9.	neatliekamā medicīniskā palīdzība: - valsts neatliekamā medicīniskā palīdzība jebkurā ar medicīniskās palīdzības sniegšanu saistītā izsaukumā; - privāta neatliekamā medicīniskā palīdzība Rīgā un Rīgas rajonā.	
2.4.	Stacionārās veselības aprūpes maksas pakalpojumi (gan diennakts, gan dienas stacionārā) 100% apmērā līguma iestādēs, ne mazāk kā EUR 400.00 par vienu stacionēšanās gadījumu, bez stacionēšanās gadījumu skaita ierobežojuma, t.sk.:	
2.4.1.	maksa par katru diennakts vai dienas stacionārā pavadīto dienu;	
2.4.2.	ārstēšanās paaugstināta servisa apstākļos, ja tādus nodrošina ārstniecības iestāde;	
2.4.3.	Ārstu – speciālistu t.sk. profesoru un docentu konsultācijas, kā arī ārsta nozīmētas ārstnieciskās manipulācijas un procedūras maksas stacionārā.	
2.4.4.	visa veida diagnostiskie, laboratoriskie un instrumentālie izmeklējumi;	
2.4.5.	Stacionārā izmantotie medikamenti.	
2.4.6.	maksas ķirurģiskās operācijas bez skaita ierobežojuma, kā arī neierobežojot apmaksājamo operāciju klāstu tikai ar Pretendenta nosauktajām apmaksājamām operācijām.	
3.	Darbinieku radnieku apdrošināšanas nosacījumi, kuri iegādājas veselības apdrošināšanas pakalpojumu par personīgajiem līdzekļiem	
3.1.	Pretendentam jāparedz piedāvājumā minētos apdrošināšanas nosacījumus (atbilstoši šīs tehniskās specifikācijas 1.3 līdz 1.11. punktu, 1.15. punkta un 2.punkta prasībām) attiecināt arī uz Pasūtītāja apdrošināto darbinieku radniekiem – laulātajiem, bērniem un vecākiem – bez vecuma un skaita ierobežojuma.	
3.2.	Darbinieku radnieku (izņemot bērnu vecumā līdz 16 gadiem) apdrošināšanā var tikt piemērots prēmijas sadārdzinājuma koeficients, bet ne vairāk kā 1,35. Apdrošinātājs var noraidīt arī radniekam (bērnu vecumā līdz 16 gadiem) atlaidi jeb cenu EUR pēc atlaides piemērošanas.	
3.3.	Darbinieku radnieku apdrošināšana tiek veikta 1 (viena) mēneša laikā no līguma noslēgšanas un darbojas līdz kopējā apdrošināšanas līguma termiņa beigām. Gadījumā, ja apdrošināšanas iegāde tiek veikta uz nepilnu apdrošināšanas periodu, t.i. uz 11 (vienpadsmit) mēnešiem, Pretendents ir tiesīgs ieturēt apdrošināšanas prēmiju par pilnu apdrošināšanas periodu.	
3.4.	Apdrošināšanas prēmija par darbinieku radnieku apdrošināšanu tiek iemaksāta Pretendentam no apdrošināto personu personīgajiem līdzekļiem saskaņā ar darbinieka iesniegumu par radnieka pievienošanu un Pretendenta sagatavotu rēķinu, paredzot iespēju apdrošināšanas prēmijas apmaksu veikt vienā vai vairākos maksājumos (bet ne vairāk kā 4), dalīto maksājumu gadījumā apdrošināšanas prēmijai nepiemērojot papildus sadārdzinājumu.	
PAPILDUS PROGRAMMU PIEDĀVĀJUMS¹		
4.	Papildus programmu iegāde par darbinieku un darbinieku radnieku personīgajiem līdzekļiem²	
4.1.	Pretendentam pēc Pasūtītāja darbinieku brīvprātīgas izvēles, bez minimālā vai maksimālā skaita ierobežojuma, ir jānodrošina papildu programmu iegāde, piemaksājot starpību no personīgiem līdzekļiem.	
4.2.	Pretendentam papildu programmu iegāde uz līdzvērtīgiem noteikumiem (t.sk. arī apdrošināšanas prēmija) ir jānodrošina arī darbinieku radniekiem gadījumā, ja arī darbinieks, kura radnieks vēlas iegādāties konkrēto papildus programmu, to ir iegādājies.	

¹ Pretendents aizpilda tos papildus programmas piedāvājumu pēc savas izvēles (nav obligāta prasība piedāvāt). Ja pretendents papildus programmu “**Zobārstniecības un mutes dobuma higiēnas pakalpojumi**” iekļauj pamatprogrammā, tad tas skaidri to savā piedāvājuma tabulā norāda.

4.3.	Programmu papildināšana un pārformēšana tiek veikta 1 (viena) mēneša laikā no līguma noslēgšanas un darbojas līdz kopējā apdrošināšanas līguma termiņa beigām. Gadījumā, ja apdrošināšanas papildus programmas iegāde tiek veikta uz nepilnu apdrošināšanas periodu, t.i. uz 11 (vienpadsmit) mēnešiem, Pretendents ir tiesīgs ieturēt apdrošināšanas prēmiju par pilnu apdrošināšanas periodu.	
4.4	Apdrošināšanas prēmija par programmu papildināšanu un pārformēšanu tiek iemaksāta Pretendentam no apdrošināto personu personīgajiem līdzekļiem saskaņā ar darbinieka iesniegumu par papildus programmu iegādi un Pretendenta sagatavotu rēķinu, paredzot iespēju apdrošināšanas prēmijas papildus programmu apmaksu veikt vienā vai vairākos maksājumos (bet ne vairāk kā 4), dalīto maksājumu gadījumā apdrošināšanas prēmijai nepiemērojot papildus sadārdzinājumu.	
4.5.	Papildus programma – Zobārstniecības un mutes dobuma higiēnas pakalpojumi:	
4.5.1.	zobārstniecības pakalpojumu un mutes dobuma higiēnas apmaksā ar 50% atlaidi un kopējo apdrošinājuma summu/atlīdzību limitu ne mazāk EUR 300.00 apdrošināšanas periodā;	
4.5.2.	programmas segumā iekļautie pakalpojumi – neatliekamā medicīniskā palīdzība akūtu zobu sāpju gadījumā, mutes dobuma higiēnas pasākumi, ārsta – speciālista konsultācijas, terapeitiskie un ambulatori ķirurģiskie zobārstniecības un ortodonta pakalpojumi, lokālā anestēzija, RTG diagnostika;	
4.5.3.	saņemtie zobārstniecības pakalpojumi tiek apmaksāti gan Pretendenta līguma iestādēs, gan nelīguma iestādēs. Pakalpojumiem ir jābūt pieejamiem pilnā apmērā (saskaņā ar norādīto atlaidi un apdrošināšanas perioda limitu, bez papildus cenrāžu piemērošanas).	
4.6.	Papildus programma – Medikamentu iegāde:	
4.6.1.	medikamentu apmaksā ne mazāk kā ar 50% atlaidi un kopējo apdrošinājuma summu/ atlīdzību limitu ne mazāk kā EUR 150.00 apdrošināšanas periodā;	
4.6.2.	tiek apmaksāti ārstējošā ārsta vai ģimenes ārsta izrakstīti medikamenti, kas reģistrēti Latvijas Republikas Zāļu reģistrā;	
4.6.3.	tiek apmaksāti iegādātie medikamenti gan apdrošinātāja līguma iestādēs, gan nelīguma iestādēs;	
4.6.4.	Iegādātie medikamenti tiek apmaksāti pilnā apmērā, saskaņā ar norādīto atlaidi un apdrošināšanas perioda limitu, t.i., nepiemērojot apakšlimitus viena medikamenta apmaksai.	
4.7.	Papildus programma – Jebkuru medikamentu iegāde:	
4.7.1.	jebkuru LR zāļu reģistrā reģistrētu medikamentu apmaksā ne mazāk kā ar 50% atlaidi un kopējo apdrošinājuma summu/ atlīdzību limitu ne mazāk kā EUR 150.00 apdrošināšanas periodā;	
4.7.2.	tiek apmaksāti jebkuri LR Zāļu reģistrā reģistrētie medikamenti (t.sk. homeopātiskie līdzekļi) akūtu un hronisku slimību ārstēšanai, ko receptē izrakstījis ārstējošais ārsts;	
4.7.3.	tiek apmaksāti iegādātie medikamenti gan apdrošinātāja līguma iestādēs, gan nelīguma iestādēs;	
4.7.4.	Iegādātie medikamenti tiek apmaksāti pilnā apmērā, saskaņā ar norādīto atlaidi un apdrošināšanas perioda limitu, t.i., nepiemērojot apakšlimitus viena medikamenta apmaksai.	
4.8.	Papildus programma – veselības veicināšana (Sporta nodarbības):	
4.8.1.	sporta nodarbību apmaksā 4 (četras) reizes mēnesī ar kopējo minimālo atlīdzību limitu ne mazāk kā EUR 240.00 apdrošināšanas periodā un ne mazāk kā EUR 5.00 par vienu apmeklējuma reizi;	
4.8.2.	programmas segumā iekļautie pakalpojumi – dažādu veidu vingrošana, nodarbības treniņu zālē, peldbaseinā, u.c. sporta nodarbību pakalpojumi saskaņā ar Pretendenta piedāvājumu;	
4.8.3.	Pretendents apmaksā apdrošināto iegādātos sporta abonementus.	

4.8.4.	sporta nodarbības tiek apmaksātas gan Pretendenta līguma iestādēs, gan nelīguma iestādēs.	
5.	Sagatavojot tehnisko piedāvājumu veselības apdrošināšanai, saskaņā ar šo tehnisko specifikāciju, Pretendentam jānorāda un jāpievieno:	
5.1.	Veselības apdrošināšanas līguma / apdrošināšanas polises un Karšu funkcionalitātes nosacījumi, atbilstoši tehniskās specifikācijas I punktā noteiktajam.	
5.2.	Detalizēts piedāvāto veselības apdrošināšanas programmas un papildus programmu apraksts, t.sk., norādot papildinājumus, ierobežojumus, u.c. Pretendenta nosacījumus, kas nedrīkst būt pretrunā ar šajā tehniskajā specifikācijā norādītajām obligātajām prasībām vai tās jebkādā mērā ierobežot;	
5.3.	Neapmaksājamo pakalpojumu (izņēmumu) saraksts;	
5.4.	Apdrošināšanas segumā iekļauto veselības aprūpes pakalpojumu saraksts, par kuriem apdrošinātajiem sākotnēji ir jānorēķinās skaidrā naudā.	
5.5.	Apdrošināšanas segumā iekļauto veselības aprūpes pakalpojumu saraksts, kuru saņemšana apdrošinātajiem līguma iestādēs uzrādot Karti un neveicot sākotnēju pakalpojuma apmaksu no personīgajiem līdzekļiem ir iespējama tikai gadījumā, ja ir veikts iepriekšējs saskaņojums ar Pretendentu. <i>Pasūtītājs norāda, ka Pretendents nevar pieprasīt kā obligātu iepriekšēju saskaņošanu/ brīdināšanu par apdrošināšanas segumā iekļautajiem veselības aprūpes pakalpojumiem kā saņemto pakalpojumu apmaksas nosacījumu. Apdrošināšanas segumā iekļauto pakalpojumu iepriekšēja nesaskaņošana nedrīkst būt atlīdzības atteikuma iemesls.</i> <i>Pasūtītājs arī norāda, ka gadījumā, ja apdrošināšanas segumā ir iekļauts kāds pakalpojums, kura saņemšana līguma iestādē uzrādot Karti un neveicot sākotnēju apmaksu no personīgajiem līdzekļiem ir iespējama tikai veicot iepriekšēju saskaņojumu ar Pretendentu, tad Pretendentam ir jānodrošina, ka saskaņošanu apdrošinātie visos gadījumos var veikt paši, bez Pasūtītāja starpniecības.</i>	
5.6.	Informācija par apdrošināšanas atlīdzības saņemšanas kārtību un noteikumiem, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, tai skaitā informācija par Pretendenta pārstāvniecībās skaidrā naudā saņemamo summu par nelīguma organizācijās saņemtajiem pakalpojumiem un termiņiem dokumentu iesniegšanai apdrošinātajam atlīdzības saņemšanai.	
5.7.	Informācija par izmaiņu veikšanas kārtību Apdrošināto sarakstā Polišu darbības termiņa laikā, ievērojot tehniskajā specifikācijā noteiktās prasības.	
5.8.	Cenrādis, kas tiek piemērots par nelīguma iestādēs un/ vai līguma iestādēs saņemtajiem pakalpojumiem.	
5.9.	Ambulatoro un stacionāro līguma iestāžu saraksts visā Latvijas Republikas teritorijā, <u>atsevišķi norādot kopējo ambulatoro un stacionāro līguma iestāžu skaitu Rīgā.</u> <i>Pasūtītājs norāda, ka par ambulatorajām un stacionārajām līguma iestādēm šī iepirkuma ietvaros netiek uzskatītas ārstniecības iestādes, kurās ar Pretendenta piedāvāto apdrošināšanas programmu, atbilstoši tehniskās specifikācijas 2 punkta prasībām, uzrādot Karti, iespējams norēķināties tikai par pacientu iemaksas pakalpojumiem no iestādes kopējā piedāvātā pakalpojumu klāsta, kā arī citas ārstniecības iestādes (tajā skaitā arī optikas iestādes), kurās, uzrādot Karti, bezskaidras naudas norēķinu veidā tiek nodrošināti tikai atsevišķi, specializēti maksas ambulatorie pakalpojumi no iestādes kopējā piedāvāto pakalpojumu klāsta .</i>	
5.10.	Pretendenta veselības apdrošināšanas noteikumi.	

5.11.	Pretendenta apliecinājums, ka pretrunu gadījumā starp Pasūtītāja tehniskās specifikācijas prasībām, Pretendenta iesniegto tehnisko piedāvājumu un Pretendenta veselības apdrošināšanas noteikumiem, noteicošās ir tehniskās specifikācijas prasības un tām atbilstošs tehniskais piedāvājums. Pretendenta veselības un nelaimes gadījumu apdrošināšanas noteikumi ir spēkā tiktāl, cik tie nav pretrunā ar tehniskās specifikācijas prasībām.	
5.12.	Pretendenta pārstāvniecību un filiāļu saraksts, norādot, kurās pārstāvniecības un/ vai filiālēs Apdrošinātie var iesniegt Atlīdzības pieteikumus un saņemt atlīdzības izmaksu skaidrā naudā.	

Paraksts: _____

Vārds, uzvārds: _____

2017.gada ____ . _____