A logo with a red circle and white text

Description automatically generated**SIA “Elektroniskie sakari” rīkotā atklāta konkursa**

**„Darbinieku veselības apdrošināšana”**

**Identifikācijas Nr. ESAKARI 2025/08**

**Apspriede ar piegādātājiem**

1. **Prasības attiecībā uz Pretendenta saimniecisko un finansiālo stāvokli un kvalifikāciju apliecinošie dokumenti:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nr.p.k. | Noteiktās kvalifikācijas prasības | Kvalifikāciju apliecinoši iesniedzamie dokumenti |
|  | Pretendents ir apdrošināšanas akciju sabiedrība, kura ir reģistrēta likumā noteiktajā kārtībā un ir tiesīga sniegt veselības apdrošināšanas pakalpojumus Latvijas Republikā. | Atbilstība noteiktajai kvalifikācijas prasībai tiks pārbaudīta Latvijas Bankas mājas lapā: https://uzraudziba.bank.lv/tirgus-dalibnieki/apdrosinasanas-sabiedribas/ |

1. **Prasības attiecībā uz Pretendenta tehniskajām un profesionālajām spējām un kvalifikāciju apliecinošie dokumenti:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nr.p.k. | Noteiktās kvalifikācijas prasības | Kvalifikāciju apliecinoši iesniedzamie dokumenti |
|  | Pretendents iepriekšējos 3 (trīs) gados (2022., 2023., 2024. un 2025. gadā līdz piedāvājumu iesniegšanai) ir nodrošinājis vismaz 3 (trīs) iepirkuma priekšmetam apdrošināmo darbinieku skaita ziņā līdzīga vai lielāka apjoma darbinieku veselības apdrošināšanas līgumu izpildi. | Informācija par Pretendenta pieredzi darbinieku veselības apdrošināšanas pakalpojumu sniegšanā pēdējo 3 (trīs) gadu laikā no piedāvājuma iesniegšanas dienas atbilstoši noteiktajām prasībām. |
|  | Pretendents (jau uz iepirkumu līguma slēgšanas brīdi, un iepirkuma līguma darbības laikā, ja Pretendentam tiks piešķirtas līguma slēgšanas tiesības) ārstniecības iestādēs – Medicīnas sabiedrība ARS, Veselības centrs 4, Veselības centru apvienība, Paula Stradiņa klīniskās universitātes slimnīca”, kā arī Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas Poliklīnika, Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca,kā arī Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīcas universitātes slimnīcas Poliklīnika, Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca, „Centrālā laboratorija" un „E. Gulbja Laboratorija" nodrošina saņemto maksas pakalpojumu apmaksu ar bezskaidras naudas norēķiniem (uzrādot veselības apdrošināšanas karti) 100% apmērā, saskaņā ar ārstniecības iestādes noteikto cenrādi. | Pretendenta apliecinājums, ka Pretendents jau uz iepirkumu līguma slēgšanas brīdi, ja Pretendentam tiks piešķirtas līguma slēgšanas tiesības, un visā iepirkuma līguma darbības laikā nodrošinās Pakalpojumus (saņemto maksas pakalpojumu apmaksu ar bezskaidras naudas norēķiniem (uzrādot veselības apdrošināšanas karti) 100% apmērā, saskaņā ar ārstniecības iestādes noteikto cenrādi) ārstniecības iestādēs – Medicīnas sabiedrība ARS, Veselības centrs 4, Veselības centru apvienība, Paula Stradiņa klīniskās universitātes slimnīca”, kā arī Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas Poliklīnika, Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca,kā arī Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīcas universitātes slimnīcas Poliklīnika, Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca, „Centrālā laboratorija" un „E. Gulbja Laboratorija". |

1. **Tehniskā specifikācija**

**VISPĀRĪGĀS PRASĪBAS:**

1. Apdrošināšanai ir jābūt derīgai visā Latvijas Republikas teritorijā, nodrošinot tās darbību 24 (divdesmit četras) stundas diennaktī, 7 dienas nedēļā.
2. Pretendentam obligāti jānodrošina izmantoto veselības aprūpes pakalpojumu apmaksa ar bezskaidras naudas norēķiniem (uzrādot individuālo veselības apdrošināšanas karti) vai pēc maksājumu apliecinošu dokumentu iesniegšanas.
3. Pretendents var piedāvāt noformēt individuālās veselības apdrošināšanas kartes elektroniskā formātā, tas ir, paredzot, ka apdrošināšanas programmās iekļauto veselības apdrošināšanas pakalpojumu saņemšana Pretendenta līguma organizācijās tiek nodrošināta, uzrādot individuālās veselības apdrošināšanas kartes vizualizāciju, piemēram, mobilā viedtālruņa aplikācijā vai attēla formā, u.tml. Elektroniskā formātā Pretendents nodrošina arī apdrošināšanas programmas aprakstu.
4. Pretendents nevar noteikt ierobežojumus attiecībā uz apdrošināto darbinieku ārstniecības iestāžu izvēli, kurās tiek saņemti apdrošināšanas segumā iekļautie veselības aprūpes pakalpojumi.
5. Pretendentam jānodrošina, ka visā iepirkuma līguma darbības laikā līguma organizāciju sarakstā ir iekļautas šādas ārstniecības iestādes – Medicīnas sabiedrība ARS, Veselības centrs 4, Veselības centru apvienība, Paula Stradiņa klīniskās universitātes slimnīca”, kā arī Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas Poliklīnika, Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca,kā arī Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīcas universitātes slimnīcas Poliklīnika, Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca, „Centrālā laboratorija" un „E. Gulbja Laboratorija", kur tiek nodrošināta saņemto veselības aprūpes pakalpojumu apmaksa uzrādot individuālo veselības apdrošināšanas karti un neveicot sākotnējus norēķinus par ārstniecības iestādēs saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (gan pacientu iemaksas apmērā, gan par maksas veselības aprūpes pakalpojumiem), saskaņā ar ārstniecības iestādes noteikto cenrādi.
6. Pretendents nodrošina visās līguma organizācijās saņemto veselības aprūpes pakalpojumu apmaksu 100% apmērā, saskaņā ar ārstniecības iestādes noteikto cenrādi, atbilstoši Tehniskajā specifikācijā noteiktajām prasībām konkrētām apdrošināšanas programmām.
7. Pretendents nodrošina ārpus līguma organizācijām saņemto veselības aprūpes pakalpojumu apmaksu saskaņā ar savu cenrādi, atbilstoši Tehniskajā specifikācijā noteiktajām prasībām konkrētām apdrošināšanas programmām, nesamazinot Tehniskajā specifikācijā noteiktos minimālos pakalpojumu apmaksas limitus.
8. Paredzamais apdrošināšanas periods (līguma periods): viens kalendārais gads – no 2025. gada 14. jūlija līdz 2026. gada 13. jūlijam (turpmāk – Apdrošināšanas periods). Apdrošināšanas periods var tikt precizēts atbilstoši faktiskajam, iespējamajam līguma noslēgšanas datumam.
9. Pasūtītāja darbinieku apdrošināšanu atbilstoši norādītajām apdrošināšanas prasībām jāveic šādam Pasūtītāja darbinieku skaitam:
   1. 95 (deviņdesmit pieciem) darbiniekiem, no tiem – 27 (divdesmit septiņas) sievietes un 68 (sešdesmit astoņi) vīrieši;
   2. līguma faktiskais darbinieku skaits tiks precizēts pie līguma slēgšanas, bet tas nebūs mazāks vai lielāks par 10 % (desmit procentiem) kā 9.1. punktā norādītais darbinieku skaits;
   3. Pretendentam ir pienākums līguma darbības laikā pēc Pasūtītāja lūguma apdrošināt uz tādiem pašiem noteikumiem citus Pasūtītāja darbiniekus un izsniegt jaunas individuālās veselības apdrošināšanas kartes Pasūtītāja darbiniekiem, apdrošināšanas prēmiju nosakot pēc proporcionāla aprēķina atlikušajam līguma darbības laika periodam, bez papildu administratīvo izdevumu piemērošanas;
   4. Pasūtītājam ir jābūt tiesībām bez papildus maksas apdrošināšanas līguma darbības laikā pārtraukt Pasūtītāja darbiniekam izsniegtu individuālo veselības apdrošināšanas karti, ja ir izbeigtas darba tiesiskās attiecības ar šo darbinieku. Šajā gadījumā apdrošināšanas pārtraukšana un neizmantotās apdrošināšanas prēmijas aprēķināšana tiek veikta pēc proporcionāla aprēķina par pilniem mēnešiem līdz atlikušajam līguma darbības laika periodam, neņemot vērā administratīvos izdevumus un izmaksātās atlīdzības.
10. Pretendents piedāvājumā noteiktajā kārtībā un apmērā, ievērojot Tehniskās specifikācijas prasības, sedz:
    1. ambulatorās un stacionārās aprūpes pakalpojumu izdevumus, kurus darbinieki ir saņēmuši gan Pretendenta līguma organizācijās, gan arī ārpus Pretendenta līguma organizācijām;
    2. zobārstniecības pakalpojumu izdevumus, kurus darbinieki ir saņēmuši gan Pretendenta līguma organizācijās, gan arī ārpus Pretendenta līguma organizācijām.
11. Pretendents nodrošina maksājumu apliecinošu dokumentu par saņemtajiem veselības aprūpes un zobārstniecības pakalpojumiem pieņemšanu un apmaksu, bez minimālās summas ierobežojumiem 1 (vienam) maksājumu apliecinošam dokumentam, visu līguma darbības laiku, un ne mazāk kā 90 (deviņdesmit) kalendārās dienas pēc apdrošināšanas perioda darbības beigām, ja attiecīgais pakalpojums saņemts noslēgtā līguma ar Pretendentu darbības periodā.
12. Pretendents nodrošina maksājumu apliecinošu dokumentu par saņemtajiem pakalpojumiem vai veiktajām iegādēm pieņemšanu elektroniski.
13. Pretendents nodrošina, ka apdrošināšanas atlīdzības izmaksa vai apdrošināšanas 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 apdrošinātā persona sākotnēji ir veikusi no personīgajiem līdzekļiem, tiek veikta ne vēlāk kā 5 (piecu) darba dienu laikā no nepieciešamo dokumentu saņemšanas dienas.
14. Pretendents visā līguma darbības laikā nodrošina nemainīgus piedāvājumā norādītos apdrošināšanas nosacījumus, tai skaitā Pretendents nedrīkst paaugstināt piedāvāto apdrošināšanas pakalpojumu prēmiju (cenu), samazināt un/vai pasliktināt piedāvājumā norādīto apdrošināšanas pakalpojumu apjomu un kvalitāti, kā arī jebkādā veidā apdrošināšanas līguma darbības laikā mainīt nosacījumus attiecībā uz piedāvātā pakalpojuma sniegšanas kārtību.
15. Pretendents nedrīkst piedāvājumā iekļaut apdrošināšanas nosacījumus, kuri pasliktina Nolikumā ietvertās Pasūtītāja prasības un nosaka papildu ierobežojumus. Pretrunu gadījumā starp Nolikumā noteiktajām tehniskās specifikācijas prasībām, pretendenta iesniegto tehnisko piedāvājumu un Pretendenta veselības apdrošināšanas noteikumiem, noteicošās ir tehniskās specifikācijas prasības un tām atbilstošs tehniskais piedāvājums. Pretendenta apdrošināšanas noteikumi ir spēkā tiktāl, cik tie nav pretrunā ar tehniskās specifikācijas prasībām.
16. Pretendents nevar pieprasīt kā obligātu iepriekšēju saskaņošanu/ brīdināšanu par piedāvāto apdrošināšanas programmu segumā iekļautajiem veselības aprūpes pakalpojumiem kā saņemto pakalpojumu apmaksas nosacījumu. Apdrošināšanas segumā iekļauto pakalpojumu iepriekšēja nesaskaņošana nedrīkst būt atlīdzības atteikuma iemesls.
17. Ja Pasūtītājs vēlas noskaidrot, vai kāds konkrēts veselības aprūpes pakalpojums, par kuru Pasūtītāja darbiniekam sākotnēji ir jānorēķinās no personīgajiem līdzekļiem, ir iekļauts apdrošināšanas programmas segumā, tad Pretendents nav tiesīgs atteikties sniegt šādu informāciju par pakalpojumu un tā saņemšanas nosacījumiem, tajā skaitā arī gadījumos, kad konkrētā veselības aprūpes pakalpojuma apmaksu ietekmē arī citi faktori – diagnoze, procedūras veids, u.tml..
18. Pēc Pasūtītāja rakstiska pieprasījuma saņemšanas, Pretendentam jānodrošina informācijas sagatavošana un Pasūtītāja informēšana par kopējo izmaksāto apdrošināšanas atlīdzību statistiku, norādot gan procentuālu izmaksu sadalījumu, gan arī izmaksu sadalījumu naudas izteiksmē katrā no apdrošināšanas segumā iekļautajām veselības aprūpes pakalpojumu grupām.
19. Pretendents katram no apdrošinātajiem nodrošina informācijas pieejamību par individuālo veselības apdrošināšanas karšu ietvaros izmaksātajām atlīdzībām, to skaitu, kopējo summu un sadalījumu pa pakalpojumu grupām. Pretendentam, gatavojot piedāvājumu, ir jāiekļauj detalizēta informācija par to, kā jārīkojas apdrošinātajiem, lai iepazītos ar tiem izmaksāto atlīdzību statistiku savu individuālo veselības apdrošināšanas karšu ietvaros.

**SPECIĀLĀS PRASĪBAS**

1. **AMBULATORĀ UN STACIONĀRĀ APRŪPE (limits (apdrošinājuma summa) – ne mazāk kā EUR 3 500,00** (trīs tūkstoši pieci simti *euro*, 00 centi) **Apdrošināšanas perioda ietvaros).**

**Veselības aprūpes pakalpojumu apmaksa pacientu iemaksas apmērā 100%** (viens simts procentu) **apmērā**, atbilstoši spēkā esošajiem Ministru kabineta noteikumiem:

1. par ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumiem;
2. par stacionārās veselības aprūpespakalpojumiem, tajā skaitā arī stacionārā rehabilitācija;
3. pacienta līdzmaksājums par katrā stacionēšanās reizē operāciju zālē veiktajām ķirurģiskajām manipulācijām.

**Maksas ambulatorā aprūpe 100 %** (viens simts procentu) **apmērā līguma organizācijās, kopējā programmas limita (apdrošinājuma summas) ietvaros, neparedzot limitu par saslimšanas gadījumu un apakšlimitu kādai no apdrošināšanas segumā iekļautajām pakalpojumu grupām, kā arī neparedzot pakalpojumu saņemšanas reižu skaita ierobežojumus (tai skaitā arī reižu skaita vai pakalpojuma saņemšanas periodiskuma ierobežojumus līguma organizācijās norēķiniem ar darbinieku individuālajām veselības apdrošināšanas kartēm).**

* + ***Bez ārstējošā ārsta nosūtījuma:***

1. Plaša spektra maksas ārstu speciālistu, docentu un profesoru (tajā skaitā, bet ne tikai, maksas ģimenes ārsta, maksas terapeita, ginekologa, alergologa, dermatologa u.c.) konsultācijas, ārstēšanas pakalpojumi un ambulatorās manipulācijas, neierobežojot apmaksājamo konsultāciju/apmeklējumu klāstu tikai ar Pretendenta nosaukto specializāciju maksas ārstiem, kā arī paredzot neierobežotu konsultāciju/apmeklējumu skaitu noteiktā ambulatorās un stacionārās aprūpes limita ietvaros);

*Ārpus līguma organizācijām visu maksas konsultāciju atlīdzību limits ir jānodrošina ne mazāk kā EUR 45,00 (četrdesmit pieci euro, 00 centi) apmērā*.

1. Ārstniecības personas mājas vizītes un to laikā sniegtie medicīniskie pakalpojumi ne mazāk kā EUR 45,00 (četrdesmit pieci *euro*, 00 centi), neierobežots konsultāciju/apmeklējumu skaits noteiktā ambulatorās un stacionārās aprūpes limita ietvaros;
2. Vakcinācija, ieskaitot vakcīnas cenu, pret gripu, ērču encefalītu, A un B hepatītu – pilnu vakcinācijas kursu Apdrošināšanas perioda ietvaros 100% apmērā gan līguma organizācijās, gan ārpus līguma organizācijām;
3. Veselības pārbaudes medicīnisko izziņu noformēšanai (autotransporta vadīšanai, ieroču nēsāšanas atļaujai, mācību iestādes apmeklēšanai u.c.) 100% apmērā gan līguma organizācijās, gan ārpus līguma organizācijām;
4. Obligātās darbinieku veselības pārbaudes darba pienākumu izpildei nepieciešamajā apjomā atbilstoši spēkā esošajiem Ministru kabineta noteikumiem 100% apmērā gan līguma organizācijās, gan arī ārpus līguma organizācijām, tajā skaitā arī izbraukuma obligātās darbinieku veselības pārbaudes.
   * ***Ar ārstējošā ārsta nosūtījumu:***
5. Plaša spektra laboratoriskie izmeklējumi, neierobežojot apmaksājamo izmeklējumu klāstu tikai ar Pretendenta nosauktajiem izmeklējumiem, tai skaitā (bet ne tikai) paredzot apmaksāt asins, urīna, fēču (t.sk. kopprogramma un slēptās asinis), krēpu, serozo dobumu (t.sk. muguras smadzeņu šķidruma) analīzes un izmeklējumi, bakterioloģiskie izmeklējumi, uztriepes analīze, citoloģija, histoloģija, slāpekļa vielu maiņa (t.sk. Urea, Kreatīns, Urīnskābe, Cistatīns C), koaguloģijas rādītāji, imūnhematoloģija, infekciju diagnostika (t.sk. HBs Ag, anti HBs un anti HCV), asinsgrupas noteikšana, aknu testi un fermenti (t.sk. ASAT, ALAT, bilirubīns, GGT, Alfa amilāze, lipāze, sārmainā fosfotāze, skābā fosfotāze), vairogdziedzera hormoni (t.sk. Brīvais T3, T4, Tireoglobulīns, TSH), glikozes regulācija (t.sk. glikoze, insulīns, C peptīds), kardioloģiskie marķieri (t.sk. troponīns I, kreatīnkināzes MB frakcija), audzēju marķieri (t.sk. CA 125, PSA, SCC, CEA), iekaisuma marķieri (t.sk. RF, ASO, CRO, C3, C4), elektrolīti, lipīdi (t.sk. kopējais, augsta un zema blīvuma holesterīns), ērču encefalīta antivielu noteikšana*,* D vitamīns, alergēnu paneļi, u.c. laboratoriskie izmeklējumi, 100% apmērā gan līguma organizācijās, gan ārpus līguma organizācijām;

*Pretendents ir tiesīgs* ***noteikt neapmaksājamos laboratoriskos izmeklējumus****, kuru izsmeļošs saraksts tiek iesniegts aizpildot atklāta konkursa nolikuma Pielikuma Nr. 3 “Tehniskais piedāvājums (veidlapa) pielikumā iekļauto neapmaksājamo laboratorisko izmeklējumu saraksta formu (word vai excel). Visi laboratoriskie izmeklējumi, kuri netiks norādīti kā neapmaksājami šī atklāta konkursa ietvaros uzskatāmi par apmaksājamiem laboratoriskajiem izmeklējumiem, bez diagnožu un apmaksas apakšlimita piemērošanas.*

1. Seksuāli transmisīvo slimību pārbaudes analīzes, ja tās ir nepieciešamas pirms operāciju veikšanas;
2. Plaša spektra diagnostiskie izmeklējumi, neierobežojot apmaksājamo izmeklējumu klāstu tikai ar Pretendenta nosauktajiem izmeklējumiem, tai skaitā elektrokardiogrāfija, ehokardiogrāfija, visa veida ultrasonogrāfiskie un doplerogrāfiskie izmeklējumi (iekļaujot vēdera sonogrāfiju ar aknu, žultspūšļa u.c. izmeklēšanu, urīntrakta, nieru un urīnpūšļa sonogrāfisku izmeklēšanu, dzemdes vai prostatas ultrasonogrāfisku izmeklēšanu ar endokavitālo zondi, asinsvadu sonogrāfisku izmeklēšanu), osteodensitometrija, Holtera monitorēšana, Veloergometrija, mamogrāfija, orgānu un ķermeņa daļu rentgenuzņēmumi ar un bez kontrastvielas u.c. diagnostiskie izmeklējumi jebkurai ķermeņa zonai/orgānam;

*Diagnostisko izmeklējumu atlīdzību limits ir jānodrošina ne mazāk kā EUR 50,00 (piecdesmit euro, 00 centi) apmērā par katru izmeklējumu.*

1. Plaša spektra augsto tehnoloģiju izmeklējumi, tai skaitā skaitļotājtomogrāfija, scintigrāfija, magnētiskās rezonanses izmeklējumi ar un bez kontrastvielas, plaša spektra endoskopiskie izmeklējumi, tai skaitā fibrogastroskopija u.c. augsto tehnoloģiju diagnostiskie izmeklējumi jebkurai ķermeņa zonai/orgānam;

*Ārpus līguma organizācijām visu augsto tehnoloģiju diagnostisko izmeklējumu atlīdzību limits ne mazāk kā EUR 200.00 (divi simti euro, 00 centi) apmērā par katru izmeklējumu.*

1. Plaša spektra ārstu veiktās ārstnieciskās manipulācijas neierobežojot apmaksājamo izmeklējumu klāstu tikai ar Pretendenta nosauktajiem izmeklējumiem un procedūrām (piemēram, manipulācijas ķirurģijā, ginekoloģijā, LOR, dermatoloģijā, kā arī injekcijas, pārsiešanas, blokādes u.c. manipulācijas);

*Ārpus līguma organizācijām atlīdzību limits ir jānodrošina ne mazāk kā EUR 25.00 (divdesmit pieci euro, 00 centi) par katru manipulāciju, procedūru, izņemot epidurālā blokāde, kur atlīdzības limits ir jānodrošina ne mazāk kā EUR 50.00 (piecdesmit euro, 00 centi) par katru epidurālās blokādes reizi.*

1. Ambulatorā veiktās operācijas neierobežojot apmaksājamo operāciju klāstu tikai ar Pretendenta nosauktajām.

**Pakalpojumi (t.sk. maksas pakalpojumi), kuri saistīti ar grūtniecību, dzemdību un pēc dzemdību periodu aprūpi, ieskaitot individuālos līgumus 100%** (viens simts procentu) **apmērā ambulatorās un stacionārās aprūpes limita ietvaros** (nepieciešami **<...> (<...>)** darbiniekiem) ar atlīdzību limitu **ne mazāk kā EUR 500,00** (pieci simti *euro*, 00 centi), tajā skaitā:

1. Ārstu speciālistu konsultācijas, tajā skaitā arī vecmātes konsultācijas un veiktās manipulācijas;
2. Diagnostiskie izmeklējumi;
3. Laboratoriskie izmeklējumi, tajā skaitā seksuāli transmisīvo slimību pārbaudes analīzes, ja tās ir nepieciešamas grūtniecības laikā;
4. Maksas dzemdību palīdzība (tajā skaitā individuālais dzemdību līgums, atsāpināšana, ķeizargrieziens, ģimenes palāta, paaugstināta servisa palāta);
5. Pēc dzemdību aprūpe, u.c.

**Ambulatorā rehabilitācija – saskaņā ar jebkura ārstējošā ārsta vai ģimenes ārsta nosūtījumu,** bez diagnožu ierobežojuma, kā arī nenosakot ierobežojumus reižu un kursu skaitam un arī 1 reizes limitu,100% (viens simts procentu)apmērā, ar atlīdzību limitu **ne mazāk kā EUR 200,00** (divi simti *euro*, 00 centi) **Apdrošināšanas perioda ietvaros, tajā skaitā:**

1. Fizioterapeita, rehabilitologa jeb fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta konsultācijas un pakalpojumi;
2. Jebkāda veida fizikālo terapiju procedūras, neierobežojot apmaksājamo procedūru klāstu tikai ar Pretendenta nosaukto procedūru veidiem, tajā skaitā, bet ne tikai, apmaksājot arī lāzerprocedūras, triecienviļņu terapiju, teipošanu;
3. Ārstnieciskās masāža;
4. Ūdens procedūras;
5. Manuālā terapija;
6. Ārstnieciskā vingrošana, tajā skaitā arī grūtnieču vingrošana;
7. Iegādātie ambulatorās rehabilitācijas abonementi.

**Neatliekamā medicīniskā palīdzība:**

Neatliekamās medicīniskās palīdzības apmaksa, jebkurā ar neatliekamās palīdzības sniegšanu saistītā izsaukumā (valsts un privātā), tai skaitā transportēšana līdz ārstniecības iestādei (saistībā ar medicīniskām indikācijām) 100% (viens simts procentu) apmērā gan līguma organizācijās, gan ārpus līguma organizācijām.

**Maksas stacionārā aprūpe 100 %** (viens simts procentu) **apmērā gan līguma organizācijās, gan ārpus līguma organizācijām, ar ārstējošā ārsta nosūtījumu, limits – ne mazāk kā EUR 1 000,00** (viens tūkstotis *euro*, 00 centi) **par katru stacionēšanās gadījumu, bez iepriekš veiktās saskaņošanas ar apdrošinātāju.**

***Pakalpojumi diennakts un dienas stacionārā:***

1. Maksa par katru diennakts un dienas stacionārā pavadīto dienu (nepieciešamības gadījumā pacients var palikt pa nakti dienas stacionārā), sākot ar pirmo stacionārā pavadīto dienu;
2. Ārstu speciālistu, docentu un profesoru konsultācijas un veiktās manipulācijas;
3. Diagnostiskie, laboratoriskie un instrumentālie izmeklējumi;
4. Maksas operācijas bez skaita ierobežojuma, neierobežojot apmaksājamās tikai ar Pretendenta nosauktajām (t.sk., bet ne tikai, laparoskopiskās un artroskopiskās (t.sk. saišu un cīpslu plastika), proktoloģiskās, mikroķirurģiskās (t.sk. mugurkaula) operācijas, glaukomas, kataraktas operācijas, deguna starpsienas operācijas, ar lāzeri veiktās operācijas, u.c.);
5. Ārstēšanās paaugstināta servisa apstākļos, ja ārstniecības iestāde šādu iespēju nodrošina bez dienu skaita vai cita veida ierobežojumiem, t.sk. arī gadījumos, ja daļa stacionāro pakalpojumu (piemēram, operācija) tiek veikta par valsts programmas (pacientu iemaksas) ietvaros;
6. Operācijas var tikt veiktas gan dienas, gan diennakts stacionārā.

**Maksas stacionārā rehabilitācija bez diagnožu ierobežojuma – 100 %** (viens simts procentu) **apmērā ar ārstējošā ārsta nosūtījumu (limits – ne mazāk kā EUR 300,00** (trīs simti *euro*, 00 centi) **Apdrošināšanas perioda ietvaros):**

1. Maksas stacionārā rehabilitācija pēc smagām operācijām, saslimšanām un traumām;
2. Maksas stacionārā rehabilitācijas pakalpojumi tiek apmaksāti jebkurā stacionārās rehabilitācijas iestādē;
3. Rehabilitācija apdrošinātajām personām ir pieejama ar ārstējošā ārsta nosūtījumu (tajā skaitā arī ievērojot ārstējošā ārsta norādījumus par nepieciešamo rehabilitācijas kursa uzsākšanas brīdi pēc veiktās operācijas vai saslimšanas/traumas ārstēšanas, kā arī, bez ierobežojuma attiecībā uz minimālo vai maksimālo ārstēšanās dienu skaitu stacionārā kā stacionārās rehabilitācijas pakalpojuma apmaksas nosacījumu.
4. **ZOBĀRSTNIECĪBAS PAKALPOJUMI ar 70 %** (septiņdesmit procentu) **atlaidi (atlīdzību limits – ne mazāk kā EUR 300,00** (trīs simti *euro*, 00 centi) **Apdrošināšanas perioda ietvaros) <...>** (<...>) **darbiniekiem (Programma Nr. 1):**

Sertificētu zobārstu un higiēnistu zobārstniecības pakalpojumu apmaksa (līguma un ārpus līguma organizācijām saskaņā ar norādīto atlaidi un gada limitu, t.i., bez apakšlimitu un cenrāžu piemērošanas) par ārstēšanā lietotajām metodēm un manipulācijām, kuras akceptējusi Latvijas Zobārstniecības asociācija, ārstējoties pie jebkura ārsta jebkurā ārstniecības iestādē, t.sk:

1. Mutes dobuma higiēnas pasākumi bez skaita ierobežojuma;
2. Augsti kvalificētu zobārstu un stomatoloģisko ķirurgu konsultācijas;
3. Neatliekamā palīdzība akūtu zobu sāpju gadījumā (zoba izraušana un/vai medikamentu uzlikšana);
4. Profilaktiskās apskates;
5. Terapeitiskie zobārstniecības pakalpojumi, t.sk. plombēšanā lietotais heliomateriāls;
6. Ķirurģiskie zobārstniecības pakalpojumi;
7. Periodonta slimību ārstēšana;
8. Vietējā anestēzija;
9. Diagnozes precizēšanai nepieciešamās jebkāda veida rentgenogrammas.
10. **ZOBĀRSTNIECĪBAS UN PROTEZĒŠANAS PAKALPOJUMI ar 50 %** (piecdesmit procentu) **atlaidi (atlīdzību limits – ne mazāk kā EUR 400,00** (četri simti *euro*, 00 centi) **Apdrošināšanas perioda ietvaros) <...>** (<...>) **darbiniekiem (Programma Nr. 2):**

Sertificētu zobārstu, zobārstu protēzistu un higiēnistu zobārstniecības pakalpojumu apmaksa (līguma un ārpus līguma organizācijām saskaņā ar norādīto atlaidi un gada limitu, t.i., bez apakšlimitu un cenrāžu piemērošanas) par ārstēšanā lietotajām metodēm un manipulācijām, kuras akceptējusi Latvijas Zobārstniecības asociācija, ārstējoties pie jebkura ārsta jebkurā ārstniecības iestādē, t.sk:

1. Mutes dobuma higiēnas pasākumi bez skaita ierobežojuma;
2. Augsti kvalificētu zobārstu un stomatoloģisko ķirurgu konsultācijas;
3. Neatliekamā palīdzība akūtu zobu sāpju gadījumā (zoba izraušana un/vai medikamentu uzlikšana);
4. Profilaktiskās apskates;
5. Terapeitiskie zobārstniecības pakalpojumi, t.sk. plombēšanā lietotais heliomateriāls;
6. Ķirurģiskie zobārstniecības pakalpojumi;
7. Periodonta slimību ārstēšana;
8. Vietējā anestēzija;
9. Diagnozes precizēšanai nepieciešamās jebkāda veida rentgenogrammas;
10. Zobu protezēšanas un impantoloģijas pakalpojumi.
11. **Saimnieciski visizdevīgākā piedāvājuma vērtēšanas kritēriji**

| **Nr.**  **p.k.** | **Kritērijs** | **Maksimālais punktu skaits** |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Apdrošināšanas segumā iekļauto apmaksājamo pakalpojumu klāsts, izņēmumi un apdrošināšanas seguma ierobežojumi:**  Tiek vērtēts Tehniskās specifikācijas prasībām atbilstošs piedāvājums ar šaurāku neapmaksājamo pakalpojumu sarakstu, salīdzinot ar pārējiem Pretendentiem.  Maksimālais punktu skaits – 24.00 punkti, tiek piešķirts piedāvājumam ar plašāko apdrošināšanas segumu un mazākajiem ierobežojumiem attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumiem, kuri netiek apmaksāti.  Katram nākamajam piedāvājumam ar ierobežojošāku apdrošināšanas segumu piešķirtais punktu skaits tiek samazināts par:   * 6.00 punktiem, ja apdrošināšanas segumā iekļauto pakalpojumu klāsts ir pietiekami plašs un ierobežojumi, salīdzinot ar iepriekšējo labāko piedāvājumu, ir maznozīmīgi,   vai par   * 12.00 punktiem, ja piedāvājumā norādītais pakalpojumu klāsts ir ievērojami šaurāks un izņēmumu saraksts ievērojami lielāks, salīdzinot ar iepriekšējo labāko piedāvājumu.   Vienlīdzīgu piedāvājumu gadījumā vairāku Pretendentu piedāvājumiem var tikt piešķirts vienāds punktu skaits.  Izņēmumu sarakstu atšķirību nozīmīgums tiek noteikts, ņemot vērā gan norādīto izņēmumu skaitu, gan arī norādīto izņēmumu struktūru, kas ietekmē arī iespējamo izmaksājamo/atsakāmo atlīdzību apmēru naudas izteiksmē.  Piemēram, par maznozīmīgām atšķirībām tiek uzskatīti ierobežojumi, ja izņēmumu sarakstā ir iekļauti atsevišķi pakalpojumi (nosaukto speciālistu konsultācijas, atsevišķi nosauktie laboratoriski un diagnostiski izmeklējumi, manipulācijas u.tml.), bet par būtiskām atšķirībām tiek uzskatīts ierobežojums, ja izņēmumu sarakstā ir iekļautas veselas pakalpojumu grupas (diagnozes, ārstniecības metodes, izmeklējumu, manipulāciju grupas u.tml.). Par nozīmīgiem izņēmumiem tiek uzskatītas arī Pretendentu norādītās neapmaksājamās operācijas, apmaksājamo laboratorisko izmeklējumu kopējais skaits.  Šī kritērija ietvaros tiks ņemti vērā un vērtēti arī apdrošināšanas segumā papildu iekļautie citu grupu veselības aprūpes pakalpojumi un to saņemšanas iespējas, kuri nav norādīti obligāti noteiktajās minimālajās prasībās. | **24.00** |
| **2.** | **Cena EUR (bez PVN):**  Pretendents, kurš būs piedāvājis viszemāko cenu, saņems maksimāli iespējamo punktu skaitu, pārējie pretendenti proporcionāli mazāk.  Maksimāli iespējamais punktu skaits – 76.00.  Aprēķins pēc formulas:  Iegūtie punkti = zemākā piedāvātā cena EUR bez PVN dalīta ar piedāvāto cenu EUR bez PVN reizināts ar 76.00 punktiem. | **76.00** |
| **KOPĀ:** | | **100** |

1. **Līguma projekts**

***Par darbinieku veselības apdrošināšanu***

Pasūtītāja līguma Nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apdrošinātāja līguma Nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rīgā Līguma parakstīšanas datums ir pēdējā pievienotā

droša elektroniskā paraksta laika zīmoga datums

**Sabiedrība ar ierobežotu atbildību “Elektroniskie sakari”**, reģistrācijas Nr. 40003021907, juridiskā adrese: Eksporta iela 5, Rīgā, LV-1010, (turpmāk – Pasūtītājs), tās \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ personā,kurš/kura rīkojas uz \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pamata, no vienas puses, un

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, reģistrācijas Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, juridiskā adrese: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (turpmāk – Apdrošinātājs), tās \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ personā,kurš/kura rīkojas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_pamata, no otras puses,

abi kopā saukti „Puses” un katrs atsevišķi „Puse”, pamatojoties uz atklāta konkursa „Darbinieku veselības apdrošināšana”, Id. Nr. ESAKARI 2025/08, (turpmāk – Konkurss), rezultātiem, savstarpēji vienojoties, bez viltus, maldības un spaidiem, ievērojot normatīvo aktu prasības, noslēdz šādu līgumu (turpmāk – Līgums):

1. **LĪGUMA PRIEKŠMETS**
   1. Apdrošinātājs apdrošina Pasūtītāja darbinieku (turpmāk – Darbinieki) veselību saistībā ar iespējamajiem medicīniskajiem izdevumiem, pamatojoties uz Līguma 1. pielikumu „Tehniskā specifikācija” (turpmāk – Līguma 1. pielikums), Līguma 2. pielikumu „Tehniskais piedāvājums” (turpmāk – Līguma 2. pielikums) un citiem Līguma noteikumiem, normatīvo aktu prasībām un Pasūtītāja norādījumiem par Līguma 3. pielikumā „Finanšu piedāvājums” (turpmāk – Līguma 3. pielikums) norādītajām izmaksām.
   2. Veselības apdrošināšanas polises (turpmāk – Polise) darbības periods ir no 2025. gada 14. jūlija līdz 2026. gada 13. jūlijam.
2. **LĪGUMCENA, APDROŠINĀJUMA SUMMA, APDROŠINĀŠANAS PRĒMIJA UN NORĒĶINU KĀRTĪBA**
   1. Līguma kopējo summu veido visu Līguma darbības laikā Pasūtītāja iegādāto Darbinieku polišu cena kopā, ņemot vērā iespējamās korekcijas, ko varētu radīt Darbinieku skaita mainība, bet ne vairāk kā 10 % (desmit procenti) apmērā no Līguma 1. pielikuma 8.1. punktā noteiktā Darbinieku skaita.
   2. Saskaņā ar Līguma 3. pielikumu kopējā veselības apdrošināšanas prēmija, kas Pasūtītājam jāmaksā par sākotnējo apdrošināmo sarakstā iekļauto Darbinieku skaitu, ir EUR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *euro*, \_\_\_ centi).
   3. Līguma 2.2. punktā noteikto kopējo veselības apdrošināšanas prēmiju par sākotnējo apdrošināmo sarakstā iekļauto Darbinieku skaitu atbilstoši Līguma 11.1.1. punktā noteiktā Pasūtītāja pilnvarotā pārstāvja rakstveidā iesniegtajam sākotnēji apdrošināmo Darbinieku sarakstam Pasūtītājs samaksā Apdrošinātājam 1 (vienā) maksājumā 10 (desmit) darba dienu laikā pēc Apdrošinātāja sagatavotā rēķina saņemšanas dienas, finanšu līdzekļus pārskaitot uz Apdrošinātāja rēķinā norādīto norēķinu kontu kredītiestādē. Apdrošinātājs sagatavo un iesniedz Pasūtītājam rēķinu 5 (piecu) darba dienu laikā pēc sākotnēji apdrošināmo Darbinieku saraksta saņemšanas no Līguma 11.1.1.punktā noteiktā Pasūtītāja pilnvarotā pārstāvja.
   4. Pasūtītājs samaksā Apdrošinātājam par papildu darbinieku apdrošināšanas polisēm 10 (desmit) darba dienu laikā pēc Apdrošinātāja sagatavotā rēķina saņemšanas dienas, finanšu līdzekļus pārskaitot uz Apdrošinātāja rēķinā norādīto norēķinu kontu kredītiestādē. Apdrošinātājs sagatavo un iesniedz Pasūtītājam rēķinu 5 (piecu) darba dienu laikā pēc informācijas par papildu apdrošināmo Pasūtītāja darbinieku saņemšanas no Līguma 11.1.1.punktā noteiktā Pasūtītāja pilnvarotā pārstāvja.
   5. Apdrošinātājs atgriež Pasūtītājam tā darbinieka, kuram pārtraukta veselības apdrošināšana, prēmijas neizmantoto daļu 10 (desmit) darba dienu laikā no dienas, kad veikts pārrēķins, naudas līdzekļus pārskaitot uz Pasūtītāja Līguma 12.nodaļā norādīto norēķinu kontu kredītiestādē.
   6. Apdrošinātājs rēķinu sagatavo strukturētu elektronisko rēķinu XML formātā, kas noformēts atbilstoši normatīvajos aktos noteiktajām prasībām. Strukturētu elektronisko rēķinu Izpildītājs izsniedz Pasūtītājam tā oficiālās elektroniskās adreses apakšadresē: EINVOICE@40003021907.
   7. Ja Apdrošinātājs nesagatavo strukturētu elektronisko rēķinu Līguma 2.6. punktā noteiktajā kārtībā, Puses vienojas, ka līdz 2025. gada 31. decembrim rēķini tiek sagatavoti elektroniski un ir derīgi bez paraksta, Apdrošinātājs nosūta rēķinu uz Pasūtītāja e-pasta adresi gramatvediba@esakari.lv. Rēķins uzskatāms par paziņotu nākamajā darba dienā pēc tā nosūtīšanas.
   8. Maksājumi tiek atzīti par izpildītiem dienā, kad Pasūtītājs ir pārskaitījis naudu uz Apdrošinātāja rēķinā norādīto norēķinu kontu bankā, ko apliecina attiecīgais bankas apstiprināts maksājuma uzdevums.
   9. Apdrošinātājs 3 (trīs) darba dienu laikā atmaksā Pasūtītājam atmaksā neizmantoto Prēmiju, neieturot administratīvās izmaksas, ja Līgums tiek izbeigts, Pusei izmantojot tiesību vienpusējā kārtā atkāpties no Līguma.
3. **LĪGUMA IZPILDES KĀRTĪBA**
   1. Līguma 11.1.1. punktā noteiktais Pasūtītāja pilnvarotais pārstāvis 3 (trīs) darba dienu laikā no Līguma abpusējas parakstīšanas dienas elektroniskā veidā un aizsargātu ar paroli iesniedz Līguma 11.1.2. punktā noteiktajam Apdrošinātāja pilnvarotajam pārstāvim sākotnēji apdrošināmo Darbinieku sarakstu, norādot: darbinieku skaitu, darbinieku vārdu, uzvārdu un personas kodu, individuālo un kopējo veselības apdrošināšanas prēmijas apmēru atbilstoši Līguma 2.2. punktam un Līguma 3. pielikumam.
   2. Līguma 11.1.2. punktā noteiktais Apdrošinātāja pilnvarotais pārstāvis ne vēlāk kā 3 (trīs) darba dienu laikā no sākotnēji apdrošināmo Darbinieku saraksta saņemšanas kopā ar nodošanas – pieņemšanas aktu iesniedz Līguma 11.1.1. punktā noteiktajam Pasūtītāja pilnvarotajam pārstāvim Polisi un informē Pasūtītāju par Darbinieku individuālo veselības apdrošināšanas karšu (turpmāk – Karte/Kartes) spēkā stāšanos, tajā skaitā iesniedzot informāciju ar instrukciju par nepieciešamajām darbībām Karšu aktivizēšanai un izmantošanai, kā arī citus Apdrošinātāja sagatavotos materiālus, kas papildina Kartes un paredzēti Darbiniekiem lietošanai.
   3. Līguma 11.1.1. punktā noteiktais Pasūtītāja pilnvarotais pārstāvis elektroniskā veidā un aizsargātu ar paroli iesniedz Līguma 11.1.2. punktā noteiktajam Apdrošinātāja pilnvarotajam pārstāvim informāciju par papildu apdrošināmo Darbinieku, norādot darbinieka vārdu, uzvārdu un personas kodu, kā arī attiecīgā Darbinieka veselības apdrošināšanas periodu (Kartes derīguma termiņu) un individuālo veselības apdrošināšanas prēmijas apmēru atbilstoši Līguma 3. pielikumam.
   4. Līguma 11.1.2. punktā noteiktais Apdrošinātāja pilnvarotais pārstāvis ne vēlāk kā 3 (trīs) darba dienu laikā no informācijas par papildu apdrošināmo Darbinieku saņemšanas kopā ar nodošanas – pieņemšanas aktu informē Līguma 11.1.1. punktā noteikto Pasūtītāja pilnvaroto pārstāvi papildu apdrošinātā Darbinieka Kartes spēkā stāšanos.
   5. Apdrošinātājs papildu apdrošināmā darbinieka individuālo veselības apdrošināšanas prēmiju nosaka saskaņā ar Līguma 3. pielikumu proporcionāli atlikušajam Līguma 1.2. punktā noteiktajam Polises darbības periodam.
   6. Līguma 11.1.1. punktā noteiktais Pasūtītāja pilnvarotais pārstāvis elektroniskā veidā un aizsargātu ar paroli iesniedz Līguma 11.1.2. punktā noteiktajam Apdrošinātāja pilnvarotajam pārstāvim informāciju par Darbinieku, kuram pārtraucama veselības apdrošināšana, norādot attiecīgā Darbinieka individuālās veselības apdrošināšanas termiņa pēdējo dienu.
   7. Apdrošinātājs, saņemot informāciju par Darbinieka veselības apdrošināšanas pārtraukšanu, pārtrauc attiecīgā Darbinieka veselības apdrošināšanu Līguma 11.1.1. punktā noteiktā Pasūtītāja pilnvarotā pārstāvja norādītajā termiņā un veic attiecīgā darbinieka veselības apdrošināšanas prēmijas pārrēķinu pēc proporcionāla aprēķina par pilniem mēnešiem līdz atlikušajam līguma darbības laika periodam, neņemot vērā administratīvos izdevumus un izmaksātās atlīdzības.
   8. Apdrošinātāja aktuālais līgumiestāžu saraksts pieejams: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ . Darbinieki ir tiesīgi saņemt pakalpojumus arī pakalpojumu sniedzējās iestādēs, kas nav Apdrošinātāja līgumiestāžu sarakstā.
   9. Lai saņemtu ar veselības aprūpi saistīto izdevumu atmaksu (turpmāk – atlīdzība), Darbinieki nekavējoties, bet ne vēlāk kā 90 (deviņdesmit) kalendāro dienu laikā pēc Polises termiņa beigām, iesniedz Apdrošinātājam atbilstoši Polisē minētajām prasībām noformētu apdrošināšanas gadījuma iestāšanos apliecinošu maksājuma apliecinošu dokumentu, medicīniska dokumenta oriģinālu vai kopiju, ja nepieciešams, kā arī pilnībā aizpildītu atlīdzības pieteikuma formu.
   10. Apdrošinātājs ne vēlāk kā 5 (piecu) darba dienu laikā no Līguma 3.9. punktā minēto dokumentu elektroniskas iesniegšanas dienas, pārskaita Darbiniekam atlīdzību uz atlīdzības pieteikumā norādīto Darbinieka kontu kredītiestādē.
   11. Apdrošinātājs nodrošina, ka atlīdzības izmaksas atteikums vai lēmums par daļēju atlīdzības izmaksas ir skaidri formulēts un pamatots atbilstoši Polisei un apdrošināšanas noteikumiem (t.sk. norādot atteikto atlīdzības summu un detalizēti paskaidrojot atteikuma vai daļējas izmaksas iemeslu) un tiek sniegts Pasūtītājam ne vēlāk kā 5 (piecu) darba dienu laikā no Līguma 3.9. punktā minēto dokumentu elektroniskas iesniegšanas dienas.
4. **PUŠU SAISTĪBAS UN PIENĀKUMI**
   1. Apdrošinātājs:
      1. apņemas kvalitatīvi, savlaicīgi un atbilstoši Līguma un tā pielikumu noteikumiem, normatīvo aktu prasībām un Pasūtītāja noradījumiem apdrošināt Darbinieku veselību saistībā ar iespējamajiem medicīniskajiem izdevumiem;
      2. apņemas Līguma 3. nodaļā noteiktajā kārtībā veikt atlīdzības atmaksu Darbiniekiem;
      3. nodrošina, ka visu Līguma 1.2. punktā noteikto Polises darbības periodu ārstniecības iestādes – Medicīnas sabiedrība ARS, Veselības centrs 4, Veselības centru apvienība, Paula Stradiņa klīniskās universitātes slimnīca, kā arī Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas Poliklīnika, Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca,kā arī Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīcas universitātes slimnīcas Poliklīnika, Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca, „Centrālā laboratorija" un „E. Gulbja Laboratorija", ir Apdrošinātāja līgumiestādes, kurās tiek nodrošināta saņemto veselības aprūpes maksas pakalpojumu apmaksa ar bezskaidras naudas norēķiniem (uzrādot Karti) 100% (simts procenti) apmērā, saskaņā ar ārstniecības iestādes noteikto cenrādi;
      4. apņemas Līguma darbības laikā nesamazināt vai neierobežot apdrošināšanas Polises seguma, tajā skaitā programmu un Karšu izmantošanas iespēju nosacījumus;
      5. apņemas nepaaugstināt piedāvāto apdrošināšanas pakalpojumu prēmiju (cenu), nesamazināt un/vai nepasliktināt piedāvājumā norādīto apdrošināšanas pakalpojumu apjomu un kvalitāti, kā arī jebkādā veidā Līguma darbības laikā nemainīt nosacījumus attiecībā uz piedāvātā pakalpojuma sniegšanas kārtību;
      6. nodrošina apdrošināšanas gadījuma iestāšanos apliecinošu maksājumu apliecinošu dokumentu, medicīniska dokumenta oriģinālu vai kopiju, ja nepieciešams, pieņemšanu elektroniski;
      7. apņemas novērst Pasūtītāja izteiktās pretenzijas par veselības apdrošināšanas pakalpojumu kvalitātei, Līgumam, normatīvajiem aktiem un/vai Pasūtītāja norādījumiem;
      8. ir tiesīgs saņemt no Pasūtītāja samaksu par kvalitatīvi, savlaicīgi un atbilstoši Līguma noteikumiem, normatīvo aktu prasībām un Pasūtītāja norādījumiem sniegtiem veselības apdrošināšanas pakalpojumiem Darbiniekiem;
      9. ir tiesīgs saņemt no Pasūtītāja tā rīcībā esošo Līguma izpildei nepieciešamo informāciju ne ilgāk kā 5 (piecu) darba dienu laikā no informācijas pieprasīšanas dienas;
      10. apņemas pēc Pasūtītāja rakstveida pieprasījuma 5 (piecu) darba dienu laikā sagatavot un rakstveidā iesniegt Pasūtītājam pārskatu par kopējo izmaksāto apdrošināšanas atlīdzību statistiku, norādot gan procentuālu izmaksu sadalījumu, gan arī izmaksu sadalījumu naudas izteiksmē katrā no apdrošināšanas segumā iekļautajām veselības aprūpes pakalpojumu grupām;
      11. apņemas pēc Pasūtītāja rakstveida pieprasījuma 5 (piecu) darba dienu laikā rakstveidā iesniegt Pasūtītājam informāciju, vai veselības aprūpes pakalpojums, par kuru Darbiniekam sākotnēji ir jānorēķinās no personīgajiem līdzekļiem, ir iekļauts apdrošināšanas programmas segumā, tajā skaitā arī gadījumos, kad attiecīgā veselības aprūpes pakalpojuma apmaksu ietekmē arī citi faktori – diagnoze, procedūras veids, u.tml.;
      12. apņemas pēc Darbinieku pieprasījuma saņemšanas ne vēlāk kā 5 (piecu) darba dienu laikā sniegt Darbiniekam informāciju par tam kopējo izmaksāto apdrošināšanas atlīdzību apmēru un gadījumiem;
      13. apliecina, ka pret Apdrošinātāju, tā valdes un/vai padomes loceklis, patiesā labuma guvēju, pārstāvēttiesīgo personu un/vai prokūristu nav piemērotas starptautiskās vai nacionālās sankcijas vai būtiskas finanšu un kapitāla tirgus intereses ietekmējošas Eiropas Savienības vai Ziemeļatlantijas līguma organizācijas dalībvalsts noteiktās sankcijas un tas neatbilst Eiropas Parlamenta un Padomes 2014. gada 31. jūlija Regulas (ES) Nr. 833/2014 par ierobežojošiem pasākumiem saistībā ar Krievijas darbībām, kas destabilizē situāciju Ukrainā, 5.k panta 1.punktā noteiktajam un apņemas nekavējoties informēt Pasūtītāju par izmaiņām sniegtajā apliecinājumā.
   2. Pasūtītājs:
      1. apņemas veikt samaksu par kvalitatīvi, savlaicīgi un atbilstoši Līguma noteikumiem, normatīvo aktu prasībām un Pasūtītāja norādījumiem sniegtiem Darbinieku veselības apdrošināšanas pakalpojumiem;
      2. apņemas sniegt Apdrošinātājam Līguma izpildei nepieciešamo informāciju ne ilgāk kā 5 (piecu) darba dienu laikā no pieprasījuma saņemšanas dienas;
      3. ir tiesīgs iesniegt Apdrošinātājam rakstveida pretenziju ar iebildumiem par tā darbinieku veselības apdrošināšanas pakalpojumu atbilstoši Līgumam, normatīvajiem aktiem un/vai Pasūtītāja norādījumiem;
      4. ir tiesīgs neapmaksāt Apdrošinātāja rēķinu par kuru ir iesniedzis rakstveida pretenziju.
   3. Puses apņemas veikt visus nepieciešamos pasākumus, lai novērstu koruptīvas darbības. Neviena no Pusēm vai tās darbinieki nedrīkst tieši vai netieši piedāvāt, pieprasīt, dot vai pieņemt naudu, dāvanas vai personīgas priekšrocības no otras Puses vai tās darbiniekiem. Jebkura persona ir tiesīga iesniegt informāciju par Pusi vai tās darbinieku veiktajām koruptīvajām darbībām vai par iespējamiem pārkāpumiem, rakstot uz e-pasta adresi: [korupcija@esakari.lv](mailto:korupcija@esakari.lv).
   4. Puses apliecina, ka neveic un Līguma izpildē neveiks darījumus (neiegādāsies preces vai pakalpojumus) ar tādu fizisku vai juridisku personu (tai skaitā, tās valdes vai padomes locekli, patieso labuma guvēju, paraksttiesīgo personu vai prokūristu, vai personu, kura ir pilnvarota pārstāvēt juridisko personu darbībās, kas saistītas ar filiāli, vai personālsabiedrības biedru, tā valdes vai padomes locekli, patieso labuma guvēju, paraksttiesīgo personu vai prokūristu, ja juridiskā persona ir personālsabiedrība), pret kuru ir noteiktas starptautiskās vai nacionālās sankcijas vai būtiskas finanšu un kapitāla tirgus intereses ietekmējošas Eiropas Savienības vai Ziemeļatlantijas līguma organizācijas dalībvalsts sankcijas.
5. **ATBILDĪBA UN SODA SANKCIJAS** 
   1. Saskaņā ar Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteikto Puse ir atbildīga par otrai Pusei nodarītajiem zaudējumiem, ja tie radušies Puses, tai skaitā tās darbinieku, pilnvaroto personu, Līguma izpildē iesaistīto trešo personu darbības vai bezdarbības rezultātā, tām pārkāpjot Līgumā noteiktās saistības. Vainīgā Puse atlīdzina zaudējumus otrai Pusei 1 (viena) mēneša laikā no attiecīgo zaudējumu konstatēšanas dienas, par ko ir sastādīts eksperta atzinums vai zaudējumu akts.
   2. Ja Apdrošinātājs ir nokavējis Līgumā 3.10. punktā noteikto Atlīdzības izmaksas termiņu, Pasūtītājam ir tiesības pieprasīt un Apdrošinātājam ir pienākums samaksāt līgumsodu 0,1 % (vienas desmitdaļas procenta) apmērā no attiecīgā Darbinieka prēmijas par katru kavējuma dienu, bet ne vairāk kā 10 % (desmit procentu) apmērā no attiecīgā Darbinieka prēmijas. Pasūtītājs ir tiesīgs ieturēt līgumsodu no Apdrošinātājam veicamajiem maksājumiem, iepriekš par to rakstiski brīdinot Apdrošinātāju.
   3. Par Prēmijas nesavlaicīgu apmaksu Apdrošinātājam ir tiesības pieprasīt un Pasūtītājam ir pienākums samaksāt līgumsodu 0,1 % (vienas desmitdaļas procenta) apmērā no neapmaksātās summas par katru kavējuma dienu, bet ne vairāk kā 10 % (desmit procentu) apmērā no neapmaksātās summas.
   4. Ja Apdrošinātājs atsakās no Līguma izpildes, tas maksā Pasūtītājam līgumsodu 10% (desmit procenti) no Līguma 2.2. punktā noteiktās Līguma summas. Par atteikšanos no Līguma izpildes šī punkta izpratnē tiek uzskatīts, ka Apdrošinātājs nesniedz veselības apdrošināšanas pakalpojumus 30 (trīsdesmit) kalendārās dienas.
   5. Par informācijas neizpaušanas noteikumu pārkāpšanu Apdrošinātājs maksā līgumsodu EUR 2 000 (divi tūkstoši *euro*, 00 centi) par katru ierobežotas pieejamības informācijas izpaušanas gadījumu.
   6. Gadījumā, ja Apdrošinātājs veicis Pakalpojumus nekvalitatīvi, par ko Pasūtītājs sniedzis rakstveida pretenziju, Pasūtītājs ir tiesīgs aprēķināt Apdrošinātājam līgumsodu EUR 500,00 (pieci simti *euro*, 00 centi) apmērā par katru konstatēto gadījumu.
   7. Gadījumā, ja Apdrošinātājs atkārtoti veicis Pakalpojumus nekvalitatīvi, Līguma noteikumiem neatbilstoši, par ko Pasūtītājs sniedzis rakstveida pretenzijas, Pasūtītājs ir tiesīgs aprēķināt Apdrošinātājam līgumsodu EUR 1 000,00 (viens tūkstotis *euro*, 00 centi) apmērā par otro un katru nākamo konstatēto gadījumu.
   8. Pasūtītājam ir tiesības ieskaita kārtībā samazināt samaksājamo naudas summu par veselības apdrošināšanas pakalpojumiem tādā apmērā, kāda ir Līgumā noteiktajā kārtībā aprēķinātā līgumsoda summa un Līguma izpildes gaitā Pasūtītājam radīto zaudējumu summa.
   9. Ja Līgumā noteiktajā kārtībā aprēķināto līgumsodu nav iespējams ieturēt ieskaita kārtībā, vai tas netiek ieturēts ieskaita kārtībā, tad Apdrošinātājam, tas jāsamaksā 15 (piecpadsmit) kalendāro dienu laikā no Pasūtītāja rakstveida pieprasījuma un rēķina saņemšanas dienas.
   10. Līgumsoda samaksa neatbrīvo Puses no citām Līgumā noteiktajām saistībām un zaudējumu atlīdzības pienākuma.
   11. Pasūtītājs nav atbildīgs par Darbinieku pārtērētajiem apdrošināšanas summu limitiem. Ja tiek pārtērēti Līguma 1. pielikumā noteiktie apdrošināšanas seguma kopējie limiti (apdrošinājuma summas), pārsniegto summu Apdrošinātājs pieprasa no Darbinieka, kas šos limitus pārsniedzis.
6. **NEPĀRVARAMA VARA**
   1. Puse neatbild par jebkuras savas saistības neizpildīšanu, ja šāda neizpilde ir notikusi tāda notikuma rezultātā, no kura nav iespējams izvairīties un kura sekas nav iespējams pārvarēt, kuru Puse Līguma slēgšanas brīdī nevarēja paredzēt, un kas nav noticis Puses vai tās kontrolē esošās personas rīcības dēļ, un kas saistību izpildi ne tikai apgrūtina, bet padara neiespējamu.
   2. Pusei, kas nokļuvusi šādas nepārvaramas varas apstākļos, jāinformē par to otra Puse rakstiski ne vēlāk kā 10 (desmit) darba dienu laikā pēc nepārvaramas varas apstākļu iestāšanās. Pēc otras Puses pieprasījuma iesniedzams kompetentas institūcijas izsniegts dokuments, kas apstiprina nepārvaramas varas apstākļu iestāšanos. Ja Puse nav paziņojusi par nepārvaramas varas apstākļu iestāšanos Līgumā noteiktajā kārtībā, tā vēlāk nevar atsaukties uz nepārvaramu varu.
   3. Nepārvaramas varas iestāšanās gadījumā saistību izpilde tiek pagarināta par laika periodu, kurā darbojušies nepārvaramas varas apstākļi.
   4. Ja nepārvaramas varas dēļ ar Līgumu uzņemtās saistības nav iespējams pildīt ilgāk par 30 (trīsdesmit) kalendārajām dienām, katrai Pusei ir tiesības vienpusējā kārtā atkāpties no Līguma izpildes un neviena no Pusēm nav tiesīgs prasīt zaudējuma atlīdzināšanu.
7. **Ierobežotas pieejamības informācija**
   1. Puses apņemas neizpaust trešajām personām jebkādus Līguma izpildes laikā iegūtos datus, kuru apstrāde ierobežota normatīvajos aktos noteiktā kārtībā.
   2. Puses apņemas neizpaust trešajām personām ar Līguma izpildi iegūto, to rīcībā esošo jebkādu tehnisko, juridisko un finansiālo informāciju par otru Pusi un tās komercdarbību. Visa šāda informācija tiek uzskatīta par ierobežotas pieejamības informāciju un nedrīkst tikt izpausta vai padarīta publiski pieejama bez Puses rakstiskas piekrišanas. Šim noteikumam nav laika ierobežojuma un uz to neattiecas Līguma darbības termiņš.
   3. Informācija netiek uzskatīta par ierobežotas pieejamības informāciju, ja tā kļuvusi publiski pieejama saskaņā ar normatīvajos aktos noteiktajām prasībām (piemēram, iekļauta grāmatvedības sagatavotos publiska rakstura pārskatos un atskaitēs u.tml.).
   4. Informācijas neizpaušanas noteikumi neattiecas arī uz gadījumiem, kad normatīvie akti attiecīgo informāciju klasificē kā vispārpieejamu informāciju, kā arī gadījumos, ja šo informāciju pieprasa normatīvajos aktos noteiktas kompetentas institūcijas vai organizācijas, kurām uz to ir likumīgas tiesības.
8. **DATU AIZSARDZĪBA**
   1. Parakstot Līgumu, Pasūtītājs atļauj Apdrošinātājam kā datu apstrādes sistēmas pārzinim rīkoties ar sensitīviem amatpersonu personas datiem un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodiem un izmantot tos Līgumā minēto pakalpojumu sniegšanai un saistību izpildei – risku noteikšanai, Polises un karšu administrēšanai un apdrošināšanas atlīdzības regulēšanai saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu un citiem Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem.
   2. Puses Līguma ietvaros veic fizisko personas datu apstrādi saskaņā ar Eiropas Parlamenta un Padomes 2016. gada 27. aprīļa regulu Nr. 2016/679 par fizisku personu aizsardzību attiecībā uz personas datu apstrādi un šādu datu brīvu apriti un ar ko atceļ Direktīvu 95/46/EK (Vispārīgā datu aizsardzības regula).
   3. Puses nodrošina, ka Līguma izpildes ietvaros iegūtie fiziskas personas dati tiek izmantoti tikai Līguma noteikto pienākumu izpildei, atbilstoši Līguma 1.1. punktā norādītajam mērķim, un tos nedrīkst pārsūtīt, nodot izmantošanai citām fiziskām vai juridiskām personām, izņemot, ja normatīvajos aktos noteiktajos gadījumos informāciju pieprasa uzraudzības vai tiesībaizsardzības iestādes.
   4. Līguma ietvaros Pasūtītājs ir uzskatāms par fiziskas personas datu pārzini un Apdrošinātājs ir uzskatāms par fiziskas personas datu apstrādātāju.
   5. Līguma izpildes ietvaros Puses apstrādā šādus personas datu veidus:
      1. Darbinieka vārds un uzvārds;
      2. Darbinieka personas kods.
   6. Puses apņemas nodrošināt fiziskas personas datu drošību un konfidencialitāti, veicot visus nepieciešamus tehniskus un organizatoriskus pasākumus atbilstoši apstrādes raksturam un normatīvo aktu prasībām.
   7. Puses nodrošina Līguma izpildē tādu tehnisko un organizatorisko līdzekļu lietošanu un lietotāja pārvaldību, lai aizsargātu fizisko personu datus un novērstu to nelikumīgu apstrādi, ievērojot normatīvos aktus, kas reglamentē fizisko personu datu apstrādi un aizsardzību, t.sk. Eiropas Parlamenta un Padomes regulu Nr. 2016/679 par fizisku personu aizsardzību attiecībā uz personas datu apstrādi un šādu datu brīvu apriti un ar ko atceļ Direktīvu 95/46/EK (Vispārīgā datu aizsardzības regula).
   8. Puses nodrošina fizikas personas datu apmaiņas ietvaros nododamo datu kvalitāti (dati ir aktuāli un pareizi), pilnību (dati tiek nodoti pilnā apjomā) un autentiskumu (dati ir īsti un to avots ir pamatots).
   9. Puses informē viens otru par konstatētiem fizikas personas datu aizsardzības pārkāpumiem (datu incidentiem) nekavējoties, bet ne vēlāk kā 24 (divdesmit četru) stundu laikā no katra attiecīgā fiziskas personas datu aizsardzības pārkāpuma konstatēšanas brīža, paziņojot par to Pasūtītājam uz Līguma 11.1.1. punktā noteiktā Pasūtītāja pilnvarotā pārstāvja elektroniskā pasta adresi un elektroniskā pasta adresi: DAS@esakari.lv un Apdrošinātājam paziņojot par to uz Līguma 11.1.2. punktā noteiktā Apdrošinātāja pilnvarotā pārstāvja elektroniskā pasta adresi.
   10. Puses sadarbojas fizikas personas datu aizsardzības pārkāpumu (incidentu) izmeklēšanā un novēršanā, Eiropas Parlamenta un Padomes 2016. gada 27. aprīļa regulas Nr. 2016/679 par fizisku personu aizsardzību attiecībā uz personas datu apstrādi un šādu datu brīvu apriti un ar ko atceļ Direktīvu 95/46/EK (Vispārīgā datu aizsardzības regula) un šī Līguma prasību izpildē, ievērojot Līgumā noteikto pakalpojumu pasūtīšanas un izpildes kārtību.
   11. Apdrošinātājs nodrošina ar Līguma izpildi saistīto fizisko personas datu glabāšanu līdz Līguma saistību izpildei. Pēc šī termiņa beigām visi Līguma ietvaros iegūtie fizisko personas dati tiek neatgriezeniski dzēsti.
   12. Apdrošinātājs pēc Pasūtītāja rakstveida pieprasījuma ne ilgāk kā 3 (trīs) darba dienu laikā sniedz rakstveida apliecinājumu par līguma izpildes ietvaros apstrādājamo personas datu neatgriezenisku dzēšanu.
9. **LĪGUMA IZPILDĒ IESAISTĪTIE APAKŠUZŅĒMĒJI[[1]](#footnote-1)**
   1. Līguma izpildē Apdrošinātājs iesaista šādus apakšuzņēmējus:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
   2. Apdrošinātājs, saskaņojot ar Pasūtītāju, ir tiesīgs veikt Līguma 9.1. punktā norādīto apakšuzņēmēju nomaiņu, kā arī papildu apakšuzņēmēju iesaistīšanu Līguma izpildē. Līguma 9.1. punktā norādīto apakšuzņēmēju nomaiņu Apdrošinātājs var veikt tikai ar Pasūtītāja piekrišanu.
   3. Pārbaudot jaunā apakšuzņēmēja atbilstību, Pasūtītājs piemēro Publisko iepirkumu likuma 42. panta noteikumus.
   4. Pasūtītājs nepiekrīt Līguma 9.1. punktā norādīto apakšuzņēmēju nomaiņai, ja pastāv kāds no šādiem nosacījumiem:
      1. Apdrošinātāja piedāvātais apakšuzņēmējs neatbilst Iepirkuma nolikumā izvirzītajām prasībām;
      2. tiek nomainīts apakšuzņēmējs, uz kura iespējām Iepirkumā Apdrošinātājs balstījies, lai apliecinātu savas kvalifikācijas atbilstību paziņojumā par Līgumu un Iepirkuma nolikumā noteiktajām prasībām, un piedāvātajam apakšuzņēmējam nav vismaz tādas pašas kvalifikācijas, uz kādu Iepirkuma Apdrošinātājs atsaucies, apliecinot savu atbilstību Iepirkuma nolikumā noteiktajām prasībām vai tas atbilst Publisko iepirkumu likuma 42. panta otrās daļas 1., 2., 3., 4., 11., 12., 13. vai 14. punktā noteiktajiem pretendentu izslēgšanas gadījumiem;
      3. piedāvātais apakšuzņēmējs, kura sniedzamo Pakalpojumu vērtība ir vismaz EUR 10 000,00 (desmit tūkstoši *euro*, 00 centi) atbilst Publisko iepirkumu likuma 42. panta otrās daļas 1., 2., 3., 4., 11., 12., 13. vai 14. punktā noteiktajiem pretendentu izslēgšanas nosacījumiem;
      4. apakšuzņēmēja maiņas rezultātā tiktu izdarīti tādi grozījumi Apdrošinātāja piedāvājumā, kuri, ja sākotnēji būtu tajā iekļauti, ietekmētu piedāvājuma izvēli atbilstoši Iepirkuma nolikuma noteiktajiem piedāvājuma izvērtēšanas kritērijiem.
   5. Pasūtītājs pieņem lēmumu atļaut vai atteikt Apdrošinātāja apakšuzņēmēju nomaiņu vai jaunu apakšuzņēmēju iesaistīšanu Līguma izpildē iespējami īsā laikā, bet ne vēlāk kā 5 (piecu) darba dienu laikā pēc tam, kad saņēmis visu informāciju un dokumentus, kas nepieciešami lēmuma pieņemšanai saskaņā ar Publisko iepirkuma likuma 62. panta noteikumiem.
10. **LĪGUMA SPĒKĀ ESAMĪBA UN GROZĪŠANA KĀRTĪBA**
    1. Līgums stājas spēkā ar tā abpusējas parakstīšanas dienu (datums, kas norādīts Līguma preambulā) un ir spēkā līdz Pušu saistību pilnīgai izpildei.
    2. Jebkuras izmaiņas Līguma noteikumos stājas spēkā tikai tad, kad tās ir noformētas rakstiski un tās parakstījušas abas Puses. Šādi Līguma grozījumi ar to parakstīšanas brīdi kļūst par Līguma neatņemamu sastāvdaļu.
    3. Līguma darbības laikā Līgums var tikt atcelts vai izbeigts pirms saistību izpildes, Pusēm par to savstarpēji rakstiski vienojoties, Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajos gadījumos, kā arī šajā Līgumā noteiktajos gadījumos, turklāt katrai Pusei šajā Līgumā noteiktajos gadījumos ir tiesības vienpusējā kārtā atkāpties no Līgumā noteikto saistību izpildes bez otras Puses piekrišanas, izbeidzot Līgumu pirms saistību izpildes.
    4. Pasūtītājam ir tiesības, neatlīdzinot zaudējumus, līgumsodu un citus izdevumus, kas var rasties, izlietojot šo tiesību, vienpusējā kārtā atkāpties no Līguma, vismaz 10 (desmit) kalendārās dienas iepriekš rakstiski par to paziņojot Apdrošinātājam, ja:
       1. Apdrošinātājs 2 (divas) reizes nav sniedzis veselības apdrošināšanas pakalpojumus vai sniedzis tos, bet neievērojot Līgumā noteikto kārtību vai apjomu;
       2. Apdrošinātajam Līgumā noteiktajā kārtībā aprēķinātais līgumsods sasniedzis maksimālo apmēru, t.i., 10% (desmit procenti) no Līguma 2.2.punktā norādītās Līguma summas;
       3. Apdrošinātāja sniegtais pakalpojums ir nekvalitatīvs (t.i. – rezultāts netiek sasniegts tādā līmenī, kādā to varētu sasniegt jebkurš cits speciālists vai speciālistu kopums ar līdzvērtīgu kvalifikāciju);
       4. iestājies Līguma 6.4  punktā noteiktais gadījums;
       5. Apdrošinātājam ir pasludināts maksātnespējas process, apturēta tā saimnieciskā darbība vai tas tiek likvidēts;
       6. konstatēts Starptautisko un Latvijas Republikas nacionālo sankciju likuma 11.¹ panta piektajā daļā minētais gadījums vai Apdrošinātājs, tā valdes un/vai padomes loceklis, patiesā labuma guvējs, pārstāvēttiesīgā personu un/vai prokūrists atbilst Eiropas Parlamenta un Padomes 2014. gada 31. jūlija Regulas (ES) Nr. 833/2014 par ierobežojošiem pasākumiem saistībā ar Krievijas darbībām, kas destabilizē situāciju Ukrainā, 5.k panta 1.punktā noteiktajam;
       7. iestājas apstākļi, kas liedz vai liegs Apdrošinātājam turpināt Līguma izpildi saskaņā ar Līguma noteikumiem;
       8. Apdrošinātājs saistībā ar Līguma noslēgšanu vai Līguma izpildes laikā ir sniedzis nepatiesas ziņas vai apliecinājumus;
       9. Apdrošinātājs ar tādu kompetentās institūcijas lēmumu vai tiesas spriedumu, kas stājies spēkā un kļuvis neapstrīdams un nepārsūdzams, ir atzīts par vainīgu konkurences tiesību pārkāpumā, kas izpaužas kā horizontālā karteļa vienošanās, izņemot gadījumu, kad attiecīgā institūcija, konstatējot konkurences tiesību pārkāpumu, par sadarbību iecietības programmas ietvaros Izpildītāju ir atbrīvojusi no naudas soda vai samazinājusi naudas sodu
    5. Apdrošinātājam ir tiesības, neatlīdzinot zaudējumus, līgumsodu un citus izdevumus, kas var rasties, izlietojot šo tiesību, vienpusējā kārtā atkāpties no Līguma, vismaz 10 (desmit) kalendārās dienas iepriekš rakstiski par to paziņojot Pasūtītājam, ja:
       1. Pasūtītājs nav iesniedzis informāciju, materiālus u.tml. vai Pasūtītājs nav veicis darbības, kas nepieciešamas veselības apdrošināšanas pakalpojuma sniegšanai, vai arī Pasūtītājs pieļāvis būtisku minētā nokavējumu, kas liedz Apdrošinātājam sniegt veselības apdrošināšanas pakalpojumus atbilstoši Līgumā noteiktajam;
       2. Pasūtītājs ir pieļāvis samaksas kavējumu, kur kavējums pārsniedz 10 (desmit) darba dienas;
       3. iestājies Līguma 6.4. punktā noteiktais gadījums;
       4. Pasūtītājam ir pasludināts maksātnespējas process, apturēta tā saimnieciskā darbība vai tas tiek likvidēts.
    6. Kad Puse saskaņā ar Līgumā noteikto ir izmantojusi tiesību vienpusējā kārtā atkāpties no Līguma, Līgums uzskatāms par izbeigtu ar dienu, kad notecējis paziņojuma termiņš. Minētais neattiecas uz samaksas pienākumu, kur maksājumu saistības radušās līdz Līguma izbeigšanas dienai, kā arī citām maksājumu saistībām, darbībām un restitūcijas pienākumu, ja tas paredzēts Līguma izbeigšanas gadījumā, kā arī Līgumā noteiktā kārtībā iegūtām garantijām, konfidencialitāti, strīdu izskatīšanas kārtību, piemērojamiem normatīvajiem aktiem un citiem Līguma noteikumiem, kur Līgumā noteiktais regulējums ir spēkā līdz pilnīgai izpildei.
    7. Izbeidzot Līgumu pirms tā darbības termiņa beigām, Puses veic savstarpējos norēķinus (līgumsoda samaksu, zaudējumu atlīdzināšanu, samaksu atbilstoši Līguma noteikumiem) ne vēlāk 10 (desmit) kalendāro dienu laikā no Līguma izbeigšanas dienas.
11. **NOSLĒGUMA NOTEIKUMI**
    1. Ar Līguma izpildi saistītos jautājumus risinās šādi Pušu pilnvarotie pārstāvji:
       1. Pasūtītāja pilnvarotais pārstāvis – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tālrunis: +371 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e - pasts:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@esakari.lv;
       2. Apdrošinātāja pilnvarotais pārstāvis – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-, tālrunis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-pasts: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       3. Pasūtītāja piesaistītā apdrošināšanas brokera pārstāvis - Anna Širjājeva, tālrunis 67613810, e-pasts: anna.sirjajeva@financebroker.lv
    2. Pušu pilnvarotie pārstāvji:
       1. kontaktējas ar otru Pusi par Līguma izpildes jautājumiem;
       2. koordinē kvalitatīvu Līguma izpildi;
       3. risina citus ar Līguma izpildi saistītus organizatoriskus jautājumus;
       4. īsteno Līgumā noteiktās Pušu pilnvaroto pārstāvju funkcijas;
       5. paraksta no Līguma saistību izpildes izrietošos aktus.
    3. Neviena no Pusēm bez otra Puses rakstiskas piekrišanas nevar nodot ar Līgumu uzņemto saistību izpildi trešajai personai.
    4. Līgums ir saistošs katras Puses likumīgajam tiesību un saistību pārņēmējam.
    5. Ja kāds no Līguma noteikumiem atbilstoši Latvijas Republikā spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem kļūst pilnībā vai daļēji par spēkā neesošu vai kļūst neizpildāms - tas nekādā veidā neietekmē un neatceļ pārējo Līguma noteikumu spēka esamību un likumību, bet Līguma noteikumi, kas kļūst par spēkā neesošiem vai neīstenojamiem, jāaizstāj ar citiem noteikumiem atbilstoši Līguma mērķiem saskaņā ar attiecīgos normatīvajos aktos izvirzītām prasībām.
    6. Jautājumi, kas nav noregulēti Līgumā, apspriežami saskaņā ar Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem.
    7. Kādu Līgumā noteikto tiesību neizmantošana neietekmē šādas tiesības un nenozīmē Puses atteikšanos no šādām tiesībām, tāpat šādu tiesību daļēja izmantošana neliedz Pusei to tālāku izmantošanu.
    8. Jebkuras nesaskaņas, domstarpības vai strīdi tiek risināti savstarpēju sarunu ceļā. Ja Puses nespēj vienoties 30 (trīsdesmit) kalendāro dienu laikā, strīds risināms saskaņā ar Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem tajos noteiktajā kārtībā Latvijas Republikas tiesā.
    9. Puses informācijas un dokumentu apritē izmanto Līgumā norādīto e-pastu. Informācija un dokumenti, kas nosūtīti otrai Pusei uz Līgumā norādīto e-pastu, uzskatāmi par saņemtiem un tie ir saistoši otrai Pusei. Minētais noteikums neattiecas uz informāciju un dokumentiem, kuru iesniegšanas/nosūtīšanas kārtība ir īpaši atrunāta citos Līguma noteikumos. Ja dokuments sūtīts ar pasta starpniecību ierakstītā sūtījumā, tas uzskatāms par saņemtu 7. (septītajā) dienā pēc tā nodošanas pastā, bet, ja tas sūtīts elektroniski, tas uzskatāms par paziņotu 2. (otrajā) darbdienā pēc tā nosūtīšanas.
    10. Puses 5 (piecu) darba dienu laikā rakstveidā informē viena otru par juridiskā statusa, adreses (faktiskās vai juridiskās), saziņas līdzekļu, par Līguma 11.1. punktā norādīto Pušu pilnvaroto pārstāvju vai maksājumu rekvizītu maiņu. Pretējā gadījumā nepaziņojusī Puse nevar atsaukties uz saistību neizpildi, ko izraisījis nepaziņošanas fakts.
    11. Līgums sagatavots elektroniski, latviešu valodā uz \_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_) lapām, no kurām \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_) lapas Līguma pamatteksts, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) lapas Līguma 1. pielikums “Tehniskā specifikācija”, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) lapas Līguma 2. pielikums “Tehniskais piedāvājums”, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) lapas Līguma 3. pielikums “Finanšu piedāvājums”, un abas Puses to parakstījušas ar drošu elektronisko parakstu. Līguma abpusējas parakstīšanas datums ir pēdējā parakstītāja pievienotā droša elektroniskā paraksta laika zīmoga datums un laiks.
12. **PUŠU JURIDISKĀS ADRESES UN REKVIZĪTI**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pasūtītāja vārdā** | **Apdrošinātāja vārdā** |
| **Sabiedrības ar ierobežotu atbildību**  **„Elektroniskie sakari”** |  |
| Reģistrācijas Nr. 40003021907  PVN Nr. LV 40003021907  Eksporta iela 5, Rīga, LV-1010 | Reģistrācijas Nr.  PVN Nr.  Adrese: |
| e-pasts: esakari@esakari.lv | e-pasts: |
| Tālrunis: +371 67333034 | Tālrunis: |
| Banka: AS „Citadele banka” | Banka: |
| Konts: LV14PARX0000231601015 | Konts: |
| Bankas kods PARXLV22  /Amats/  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\* | Bankas kods:  /Amats/  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\* |

\* DOKUMENTS PARAKSTĪTS ELEKTRONISKI AR DROŠU ELEKTRONISKO PARAKSTU UN SATUR LAIKA ZĪMOGU

1. **Komentāru par noteiktajām kvalifikācijas prasībām, tehnisko specifikāciju, saimnieciski visizdevīgākā piedāvājuma vērtēšanas kritērijiem un līguma projektu sniegšana**

Komentāri sniedzami līdz 2025. gada 08. maijam (ieskaitot), nosūtot uz e-pastu [vineta.grigorjeva@esakari.lv](mailto:vineta.grigorjeva@esakari.lv)

1. Nodaļa tiks precizēta atbilstoši Pretendenta piedāvājumam. [↑](#footnote-ref-1)