

LĪGUMS PAR DARBINIEKU VESELĪBAS APDROŠINĀŠANU

Līguma parakstīšanas vieta: Rīga	Datums: 2015.gada 17.martā
Pasūtītājs:	LU aģentūra „Latvijas Universitātes Matemātikas un informātikas institūts”
Pasūtītāja pārstāvis:	Rihards Balodis -Bolužs
Pārstāvja amata nosaukums:	Direktors
Pārstāvja pilnvarojuma pamats:	Nolikums
Izpildītājs:	„BTA Insurance Company” SE
Izpildītāja pārstāvis:	Evija Matveja
Izpildītāja amata nosaukums:	Valdes locekle
Izpildītāja pilnvarojuma pamats:	2014.gada 19.augusta pilnvara Nr.LV1_0101/02-02-2014-317

Pamatojoties uz iepirkuma „Veselības apdrošināšanas pakalpojumi LU aģentūras „Latvijas Universitātes Matemātikas un informātikas institūts” darbiniekiem”, (identifikācijas numurs LU MII 2015/03-M) (turpmāk līguma tekstā ‘Iepirkums LU MII 2015/03-M’) rezultātiem un Izpildītāja iesniegto piedāvājumu, Pasūtītājs un Izpildītājs (turpmāk līguma tekstā ‘Puses’) vienojas par sekojošo: :

1. Līguma priekšmets

1.1. Izpildītājs apņemas veikt Pasūtītāja darbinieku un to ģimenes locekļu veselības apdrošināšanu (turpmāk līguma tekstā ‘Pakalpojums’), ievērojot Pakalpojuma prasības saskaņā ar iepirkuma LU MII Nr. 2015/03-M nolikumā norādīto Tehnisko specifikāciju, pielikums Nr.1 un Izpildītāja iesniegto piedāvājumu, līguma Pielikumi Nr.2, Nr.3 un Izpildītāja „Veselības apdrošināšanas noteikumi Nr.3.1”, bet Pasūtītājs veic samaksu saskaņā ar šo līgumu.

1.2. Kā apliecinājumu šajā līgumā minētajai apdrošināšanai Izpildītājs, kopā ar šī līguma 3.2.punktā minētajiem dokumentiem, izsniedz Pasūtītājam:

1.2.1. Veselības apdrošināšanas polisi Sērija 94-58 Nr.14404 attiecībā uz Darbiniekiem un to ģimenes locekļiem, kuriem tiek nodrošināta apdrošināšanas aizsardzība saskaņā ar šī līguma Pielikumā Nr.2 minētās 1.grupas veselības apdrošināšanas pamatprogrammas nosacījumiem.

1.2.2. Veselības apdrošināšanas polisi Sērija 94-58 Nr.14405 attiecībā uz Darbiniekiem un to ģimenes locekļiem, kuriem tiek nodrošināta apdrošināšanas aizsardzība saskaņā ar šī līguma Pielikumā Nr.2 minētās 2.grupas veselības apdrošināšanas pamatprogrammas nosacījumiem.

1.2.3. Veselības apdrošināšanas polisi Sērija 94-58 Nr.14406 attiecībā uz Darbiniekiem un to ģimenes locekļiem, kuriem tiek nodrošināta apdrošināšanas aizsardzība saskaņā ar šī līguma Pielikumā Nr.2 minētās 3.grupas veselības apdrošināšanas pamatprogrammas nosacījumiem, turpmāk līguma tekstā kopā ‘Polises’.

1.3. Izpildītājs izsniedz Pasūtītājam Polises ar to spēkā esamības termiņu no 2015.gada 26.marta līdz 2016.gada 25.martam. Polisēm tiek pievienots attiecīgais Pasūtītāja Apdrošināto darbinieku saraksts (turpmāk tekstā ‘Darbinieku saraksts’).

1.4. Visi ar šo līgumu nodrošināmie izvēlētajās veselības apdrošināšanas pamatprogrammās, turpmāk līguma tekstā ‘Pamatprogrammas’ un veselības apdrošināšanas papildprogrammās, turpmāk līguma tekstā ‘Papildprogrammas’, ietvertie Pakalpojumi ir pieejami pilnā apmērā, sākot ar Polišu pirmo darbības dienu un visā to darbības laikā.

2. Līguma summa un norēķinu kārtība

2.1. Kopējā Polišu apdrošināšanas prēmijas summa atbilstoši iepirkuma cenu piedāvājumam, Pielikums Nr.3, uz šī līguma noslēgšanas brīdi ir EUR 23 652.00 (divdesmit trīs tūkstoši seši simti piecdesmit divi euro un 00 centi) apmērā. Pasūtītājam ir tiesības atbilstoši konkrētām vajadzībām samazināt piegādājamo polišu skaitu līdz 20% apmēram no "Tehniskajā specifikācijā" norādītā kopējā apjoma, līdz ar ko var samazināties kopējā Polišu apdrošināšanas prēmijas summa.

2.2. Pasūtītāja darbinieku apdrošināšanu atbilstoši norādītajām Pamatprogrammām un Papildprogrammām Pasūtītājam ir tiesības izvēlēties tādā apjomā, kāds norādīts Pielikumos Nr. 1. un Nr.2 un Papildprogrammas ir tiesības izvēlēties pie visu grupu veselības apdrošināšanas pamatprogrammām.

2.3. Līguma darbības laikā Pasūtītājam ir tiesības veikt izmaiņas Polisēm pievienotajā Darbinieku sarakstā, nemainot apdrošināto darbinieku apjomu vairāk kā par 20%.

2.4. Pasūtītājam ir tiesības pieteikt darbinieku ģimenes locekļu apdrošināšanu 30(trīsdesmit) kalendāro dienu laikā no šī līguma parakstīšanas dienas, iesniedzot rakstisku paziņojumu Izpildītājam, pievienojot klāt apdrošināmo darbinieku ģimenes locekļu personas datus un izvēlētas Pamatprogrammas un Papildprogrammas (turpmāk tekstā 'Radinieku saraksts'). Radinieku saraksts tiks pievienots pie attiecīgajām Polisēm. Darbinieku ģimenes locekļu polises apmaksā apdrošinātie darbinieki, atbilstoši Izpildītāja piedāvātajiem rēķiniem

2.5. Pasūtītājam ir tiesības veikt darbinieku Papildprogrammas vai Pamatprogrammas uzlabojumus 30 (dienu) laikā no šī līguma parakstīšanas dienas, iesniedzot rakstisku paziņojumu Izpildītājam, pievienojot klāt apdrošināmo darbinieku personas datus un informāciju par nepieciešamajiem uzlabojumiem (turpmāk līguma tekstā 'Izmaiņu saraksts').

2.6. Pasūtītājs apmaksā Izpildītāja izrakstītu rēķinu 10 (desmit) dienu laikā no rēķina saņemšanas dienas. Pretenzijas par rēķinu tiek pieņemtas rakstiski 3 (trīs) darba dienu laikā no rēķina izrakstīšanas datuma.

2.7. Izpildītājs rēķinā ietver atsauci uz šo līgumu, norādot līguma sagatavošanas datumu un numuru, kā arī norāda iepirkuma procedūras identifikācijas numuru LU MII Nr.2015/03-M.

2.8. Izpildītājs rēķinam klāt pievieno Darbinieku sarakstu, Radinieku sarakstu un to grozījumus, un Izmaiņu sarakstu.

3. Pakalpojumu sniegšanas vieta un kārtība

3.1. Pakalpojumam jādarbojas visā Latvijas teritorijā. Izpildītājs Polises un Kartes piegādā Pasūtītājam uz Raiņa bulvāri 29, Rīgā, iepriekš saskaņojot datumu un laiku ar šajā līgumā norādīto kontaktpersonu, bet ne vēlāk kā vienas nedēļas laikā.

3.2. Pasūtītājs 3 (trīs) darba dienu laikā, skaitot no šī līguma noslēgšanas dienas, iesniedz rakstisku paziņojumu Izpildītājam, pievienojot Darbinieku sarakstu, norādot apdrošināmo darbinieku personas datus un attiecīgo Pamatprogrammas un izvēlētas Papildprogrammas.

4. Izpildītāja tiesības un pienākumi

4.1. Izpildītājs nodrošina Pasūtītāja darbinieku ģimenes locekļu apdrošināšanu: darbinieku ģimenes locekļiem tiek piedāvāta tāda pati cena un apdrošināšanas noteikumi Pielikumi Nr.1, Nr.2, Nr.3., Nr.4 kādi tiek piedāvāti darbiniekiem visa līguma darbības laikā.

4.2. Izpildītājs nodrošina izmaiņu veikšanu Pasūtītāja Darbinieku sarakstā un Radinieku sarakstā 1 (vienas) nedēļas laikā, pamatojoties uz Pasūtītāja rakstisku iesniegumu, un izmaiņas stājas spēkā ar katra mēneša datumu, kad noslēgta attiecīga Polise, ievērojot turpmāko:

4.2.1. gadījumā, ja Izpildītājs informāciju par nepieciešamajiem grozījumiem saņems līdz datumam, kad noslēgts apdrošināšanas līgums, tad izmaiņas stāties spēkā ar tekoša mēneša līguma noslēgšanas datumu;

4.2.2. gadījumā, ja Izpildītājs informāciju par nepieciešamajiem grozījumiem saņems pēc datuma, kad noslēgts apdrošināšanas līgums, tad izmaiņas stāties spēkā ar nākošā mēneša līguma noslēgšanas datumu.

4.2.3. Šis nosacījums attiecas uz jauno darbinieku pievienošanu Darbinieku sarakstam, tā arī uz atbrīvoto darbinieku izslēgšanu no attiecīgā saraksta.

4.3. Izpildītājs garantē bez maksas sniegt informāciju par Polišu izmantošanas kārtību un iespējām. Izpildītāja līgumiestāžu saraksts ir publiski pieejams Izpildītāja mājas lapā www.bta.lv.

4.4. Izpildītājam ir pienākums ne ilgāk kā 5 (piecu) darba dienu laikā sniegt atbildi uz Pasūtītāja pēc būtības izteiktajiem iebildumiem par sniegtā Pakalpojuma kvalitāti un izrakstītajiem rēķiniem.

5. Pasūtītāja tiesības un pienākumi

5.1. Pasūtītāja darbiniekiem izvēloties attiecīgās Pamatprogrammas, ir iespējams medicīniskos pakalpojumus saņemt arī organizācijās, kas nav Izpildītāja līgumorganizācijas. Ja līgumā paredzētos Pakalpojumus apdrošinātās personas saņēmušas ārstniecības iestādēs, kas nav Izpildītāja līgumiestādes, Izpildītājs nodrošina čeku apmaksu ne vēlāk kā 15 (piecpadsmit) dienu laikā no visu nepieciešamo dokumentu iesniegšanas brīža.

5.2. Pasūtītājam ir tiesības iesniegt pretenzijas par sniegtā Pakalpojuma nodrošināšanas kvalitāti.

5.3. Pasūtītājs pieņem Pakalpojumu un savlaicīgi paraksta aktu par pakalpojumu saņemšanu.

6. Līguma grozījumi

6.1. Pasūtītājs objektīvu apstākļu dēļ var grozīt līguma noteikumus attiecībā uz pakalpojuma sniegšanas apjomu, nepārsniedzot Pielikumā Nr.1. un Pielikumā Nr.2. minēto.

6.2. Izpildītājs objektīvu apstākļu dēļ var palielināt iesniegtā piedāvājuma limitus līguma izpildes laikā, Pielikumi Nr.1 un Nr.2.

7. Līguma pārtraukšana/ spēkā esamība

7.1. Šis līgums stājas spēkā ar tā parakstīšanas dienu un ir spēkā līdz brīdim, kad līguma darbība tiek izbeigta, pusēm vienojoties, kad līgums tiek laužts pēc vienas puses iniciatīvas vai ar saistību pilnīgu izpildi.

7.2. Pasūtītājs drīkst vienpusēji izbeigt līguma darbību šādos gadījumos:

7.2.1. Izpildītājam tiek atņemta vai netiek pagarināta Pakalpojuma sniedzēja licence;

7.2.2. Pakalpojuma piegāde kavējas vairāk kā 20 dienas;

7.2.3. Pakalpojums neatbilst līgumā esošajai tehniskai specifikācijai;

7.3. Izpildītājs drīkst vienpusēji izbeigt līguma darbību, ja Pasūtītājs nemaksā Polišu apdrošināšanas prēmiju rēķinā norādītajā termiņā. Šajā gadījumā Pasūtītājs maksā Izpildītājam līgumsodu 15% apmērā no kopējās apdrošināšanas prēmijas.

7.4. Ja līgums tiek pārtraukts 7.2.punktā noteiktā pamata dēļ, tad Izpildītājs maksā līgumsodu Pasūtītājam 15% apmērā no kopējās apdrošināšanas prēmijas.

7.5. Vispārējā kārtībā Pasūtītājam un Izpildītājam ir tiesības laužt noslēgto līgumu 1 (vienu) mēnesi iepriekš rakstiski brīdinot par to otro Pusi.

8. Nepārvaramas varas apstākļi

8.1. Neviena no Pusēm nav atbildīga par līguma saistību neizpildi, ja to izraisījuši nepārvaramas varas apstākļi, kurus Puses nevarēja paredzēt vai novērst un par kuru iestāšanos Puse nav vainojama. Par nepārvaramas varas apstākļiem uzskatāmas dabas stihijas, ugunsgrēki, karadarbība, pilsoniskie

nemieri, sacelšanās, streiki, epidēmijas, embargo, ierobežojumi enerģijas padevē, valdības lēmumi un tamlīdzīgi ārpus Puses kontroles esoši apstākļi.

8.2. Iestājoties 8.1.punktā minētajiem apstākļiem, Puses 3 (trīs) darba dienu laikā nosūta paziņojumu otrai Pusei un rakstveidā vienojas par Līguma noteikumu tālāko izpildi.

8.3. Ja Puse neinformē par šādiem apstākļiem otru Pusi 3 (trīs) darba dienu laikā, tā zaudē tiesības atsaukties uz šādu apstākļu esamību un atbildība šajā gadījumā ir aprobežota ar šajā līgumā noteiktajiem maksājumiem, un Puses vienojas, ka tās nevērsīs viena pret otru prasījumus par atrautās peļņas atlīdzināšanu.

8.4. Pusēm šādos apstākļos ir jāveic visi pasākumi, lai pēc iespējas samazinātu iespējamus zaudējumus otrai Pusei.

8.5. Nepārvaramas varas apstākļu esamība ir jāpierāda Pusei, kura uz tiem atsaucas.

9. Strīdu risināšana

9.1. Līgumu noslēdzot, izpildot, izdarot grozījumus vai piemērojot sankcijas, Puses vadās no Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem.

9.2. Puses centīsies darīt visu, lai atrisinātu visus strīdus un domstarpības, kas var rasties starp Pusēm līguma darbības laikā, pārrunu ceļā savstarpēji vienojoties.

9.3. Puses apņemas strīdu risināšanas laikā nekaitēt no šī Līguma izrietošajām tiesiskajām attiecībām un Pušu interesēm.

9.4. Strīdi un domstarpības, par kurām nav panākta vienošanās pārrunu ceļā, tiks izskatīti Latvijas Republikas tiesās.

10. Citi noteikumi

10.1. Visas līguma tehniskās detaļas – Pakalpojums, tā sniegšanas vieta, apjoms un cenas, u.c. – tiek fiksētas līguma pielikumos, kas ir līguma neatņemamas sastāvdaļas.

10.2. Puses garantē, ka šī līguma slēgšanai nepieciešamā informācija ir patiesa un dokumenti īsti.

10.3. Šis līgums ir saistošs Pušu tiesību pārņēmējiem.

10.4. Puses apņemas savlaicīgi paziņot par savu rekvizītu izmaiņām.

10.5. Šī līguma daļu un apakšpunktu nosaukumi kalpo tikai tam, lai atvieglotu Līguma izskatīšanu, tādējādi tie neietekmē kāda Līguma punkta izskaidrojumu.

10.6. Ar šī līguma parakstīšanu visas iepriekšējās sarunas un priekšlikumi zaudē spēku un pušu attiecības regulē tikai šis līgums, attiecīgā iepirkuma noteikumi un Izpildītāja piedāvājums, atbilstošie normatīvie akti.

10.7. Šī līguma un līguma pielikumu pretrunu gadījumā piemērojams šis līgums.

10.8. Šī līguma noteikumi var tikt papildināti vai grozīti tikai ar pušu rakstveida vienošanos, ko parakstījušas abas līguma slēdzējas Puses.

10.9. Visi ziņojumi Pušu starpā tiek veikti rakstveidā pēc šī līgumā norādītajām adresēm vai vēlāk mainītajām adresēm.

10.10. Visi jautājumi, kuri nav apskatīti šajā līgumā, tiek risināti saskaņā ar Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem.

10.11. Parakstot šo līgumu, Pasūtītājs apliecina, ka tas ir saņēmis visu apdrošināto darbinieku un to ģimenes locekļu piekrišanu ļaut Izpildītājam kā sistēmas pārzinim, kā arī SIA „Blue Bridge Technologies” (VRN:40003932716, adrese: M.Nometņu iela 31-206, Rīga, LV-1002, Latvija) kā personas datu operatoram, personas datu saņēmējam apstrādāt Apdrošināto datus, tajā skaitā sensitīvos personas datus un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodus saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu un citiem Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem, apdrošināšanas risku kotēšanai, atlīdzības regulēšanai un apdrošināšanas līgumu administrēšanai.

10.12. Līguma pielikumi ir neatņemamas šī līguma sastāvdaļas. Šīm līgumam pievienoti:

Pielikums Nr.1 – Iepirkuma tehniskā specifikācija - piedāvājums;

Pielikums Nr.2 – Izpildītāja tehniskais piedāvājums (programmu apraksti, papildu noteikumi, cenu piedāvājums);

Pielikums Nr.3 – Izpildītāja „Veselības apdrošināšanas noteikumi Nr.3.1”;

Pielikums Nr.4 – Veselības apdrošināšanas polises Sērija 94-58 Nr.14404, Sērija 94-58 Nr.14405 un Sērija 94-58 Nr.14406;

10.13. Līgums sastādīts un parakstīts 2 (divos) eksemplāros, katrai Pusei pa vienam eksemplāram.

11. Pušu rekvizīti

Pasūtītājs: **LU aģentūra „Latvijas Universitātes Matemātikas un informātikas institūts”**

Juridiskā adrese:	Raiņa bulvāris 29, Rīga, LV-1459, Latvija
Reģistrācijas Nr.:	90002111761
PVN reģistrācijas Nr.:	LV90002111761
Banka	
SWIFT kods	
IBAN norēķinu konts	
Tālruņa Nr.:	
E-pasta adrese:	
Tehniskā kontaktpersona:	

Izpildītājs: **„BTA Insurance Company” SE**

Juridiskā adrese:	K.Valdemāra iela 63, Rīga, LV-1142
Reģistrācijas Nr.:	40003159840
PVN reģistrācijas Nr.:	LV40003159840
Banka	
SWIFT kods	
IBAN norēķinu konts (LVL)	
Tālruņa Nr.:	
E-pasta adrese:	
Tehniskā kontaktpersona:	

Pasūtītāja vārdā:

Izpildītāja vārdā:

/R.Balodis -Bolužs
Direktors_____ /

/ E.Matveja /
Valdes locekle

TEHNISKĀ SPECIFIKĀCIJA – PIEDĀVĀJUMS

Tehniskajā specifikācijā noteiktas pasūtītāja izvirzītās minimālās prasības veselības aprūpes pakalpojumiem, apdrošinājuma summām, atlaidēm un apmēriem, kādos tie jānodrošina apdrošinātājam.

1. Kopējais plānotais apdrošināmo darbinieku skaits ~ 100 personas, kas atkarībā no struktūrvienību finanšu resursiem sadalās 3 grupās.
2. Gada laikā apdrošināmo darbinieku skaits var mainīties, taču ne vairāk kā par 20% no sākotnējā darbinieku skaita kopā visās darbinieku grupās.
3. Apdrošināšanas darbības laiks un teritorija - 24 stundas diennaktī, visā Latvijas teritorijā. Apdrošināšanas periods – 1 (viens) gads.

4. Prasības veselības apdrošināšanas programmai 1.darbinieku grupai – aptuveni 10 cilvēkiem:

N.p.k.	Prasību apraksts	BTA piedāvājums	
		Tiek piedāvāts*	Papildu informācija**
4.1.	Gada apdrošinājuma summa 1 personai - ne mazāka kā 1700 EUR	Jā <input checked="" type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	1700 EUR
Programmā iekļautie pakalpojumi:			
4.2.	Pacienta iemaksa ambulatoriem pakalpojumiem un stacionāriem pakalpojumiem (ieskaitot pacienta līdzmaksājumu par katrā stacionēšanās reizē veiktajām operācijām, bez stacionēšanās reižu skaita ierobežojuma), tiek segtas pilnā apmērā.	Jā <input checked="" type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	Gada apdrošinājuma summas ietvaros
Maksas ambulatorie pakalpojumi gada apdrošinājuma summas ietvaros 1700 EUR tiek apmaksāti pilnā apmērā izņemot gadījumu, kad norādīti minimālie limiti par šādiem pakalpojumiem:			
4.3.	Ar darba specifiku saistītās obligātās veselības pārbaudes , tiek apmaksātas pilnā apmērā	Jā <input checked="" type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	100 % apmērā
4.4.	Medicīniskās apskates dažādu izziņu noformēšanai, tiek apmaksātas pilnā apmērā	Jā <input checked="" type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	100 % apmērā
4.5.	Profilaktiskā vakcinācijas vismaz: - pret gripu; - pret ērcu encefalītu, tiek apmaksātas pilnā apmērā	Jā <input checked="" type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	100 % apmērā
4.6.	Ārstu – speciālistu konsultācijas un ārstēšana, maksas ģimenes ārstu konsultācijas, ģimenes ārstu mājas vizītes, terapeitu maksas pakalpojumi un ārstnieciskās manipulācijas. Pakalpojumi tiek apmaksāti, ne mazāk kā 12 EUR apmērā par katru pakalpojumu.	Jā <input checked="" type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	15 EUR apmērā
4.7.	Ārstējošā ārsta nozīmēti laboratoriskie izmeklējumi, t. sk. kardioloģiskie un onkomarķieri, hormonālas analīzes, u.c. Pakalpojumi tiek apmaksāti, ne mazāk kā 12 EUR apmērā par katru pakalpojumu.	Jā <input checked="" type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	15 EUR apmērā
4.8.	Ārstējošā ārsta nozīmēti diagnostiskie izmeklējumi bez reižu skaita ierobežojuma, t.sk. ehokardiogrāfija, ultrasonogrāfija, doplerogrāfiskā izmeklēšana, datortomogrāfija, kuņģa-zarnu trakta endoskopiskie izmeklējumi. Pakalpojumi tiek apmaksāti ne mazāk kā 12	Jā <input checked="" type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	15 EUR apmērā

	EUR apmērā par katru pakalpojumu.		
4.9.	Ārstējošā ārsta nozīmētās manipulācijas - vismaz injekcijas. Pakalpojumi tiek apmaksāti, ne mazāk kā 12 EUR apmērā par katru pakalpojumu.	Jā <input checked="" type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	15 EUR apmērā
4.10.	Ārstējošā ārsta nozīmēta ambulatorā rehabilitācija, t.sk. fizikālās procedūras bez skaita un cenas ierobežojuma, ārstnieciskā vingrošana vismaz 10 apmeklējumi, masāžas kurss - vismaz 10 apmeklējumi. Pakalpojumi tiek apmaksāti ne mazāk kā 60 EUR apmērā.	Jā <input checked="" type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	Fizikālās procedūras bez skaita un cenas ierobežojuma. Limits 60 EUR: Ārstnieciskā vingrošana (10 apmeklējumi), masāžas kurss (10 apmeklējumi).
4.11.	Valsts un privātās neatliekamās palīdzības pakalpojumi ne mazāk kā 130 EUR apmērā.	Jā <input checked="" type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	100% apmērā, limits 130 EUR

5. Prasības veselības apdrošināšanas programmai 2.darbinieku grupai – aptuveni 85 cilvēkiem:

N.p.k.	Prasību apraksts	BTA piedāvājums	
		Tiek piedāvāts*	Papildu informācija**
5.1.	Gada apdrošinājuma summa 1 personai - ne mazāka kā 2100 EUR, nesadalot šo apdrošināšanas summu starp ambulatoro un stacionāro palīdzību	Jā <input checked="" type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	2100 EUR
Programmā iekļautie pakalpojumi (maksā par pakalpojumiem tiek segta pilnā apmērā (ja atsevišķās prasībās nav pieļauts citādi) saskaņā ar līgumorganizācijas cenrādi; ja pakalpojums tiek saņemts iestādē, kam nav līguma ar BTA, izdevumi tiek segti saskaņā ar iesniegtajiem čekiem pilnā apmērā (ja atsevišķās prasībās nav pieļauts citādi)):			
5.2.	Valsts noteiktā pacienta iemaksa par visu veidu ambulatori veiktajiem pakalpojumiem un operācijām, par ārstēšanos dienas un diennakts stacionārā, par stacionāro rehabilitāciju.	Jā <input checked="" type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	100 % apmērā
5.3.	Ar darba specifiku saistītās obligātās veselības pārbaudes tiek apmaksātas pilnā apmērā	Jā <input checked="" type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	100 % apmērā
5.4.	Ģimenes ārstu un terapeitu maksas konsultācijas un pakalpojumi	Jā <input checked="" type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	100 % apmērā
5.5.	Ģimenes ārstu un terapeitu mājas vizītes, tajā skaitā transporta izdevumi, ja tie iekļauti ārstniecības iestādes cenrādī	Jā <input checked="" type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	100 % apmērā
5.6.	Ārstnieciskās manipulācijas, tajā skaitā injekcijas, pārsiešanas, blokādes	Jā <input checked="" type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	100 % apmērā
5.7.	Ārstu – speciālistu maksas konsultācijas tiek segtas 100% apmērā par pakalpojumu	Jā <input checked="" type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	100 % apmērā
5.8.	Ārstu – dermatologa un fizioterapeita maksas konsultācijas vismaz 3 reizes apdrošināšanas periodā ar apmaksas summu vismaz līdz 21 EUR par konsultāciju. Atļauts nodrošināt šo konsultāciju apmaksas segšanu atbilstoši iesniegtajiem čekiem pēc pakalpojuma saņemšanas.	Jā <input checked="" type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	25 EUR par konsultāciju.
5.9.	Docentu, profesoru, īpaši augsti kvalificētu speciālistu maksas konsultāciju apmaksā līgumorganizācijās tiek veikta 100% apmērā par pakalpojumu, ārpus	Jā <input checked="" type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	100 % apmērā līgumorganizācijās.

	līgumorganizācijām (ja nav noslēgts sadarbības līgums) apmaksā (tikai attiecībā uz šo grupu) par pakalpojumu nedrīkst būt zemāka par 42,00 EUR par apmeklējuma reizi, neierobežojot konsultāciju reižu skaitu un periodiskumu.		Ārpus līgumorganizācijām 42,00 EUR par apmeklējuma reizi,
5.10.	Ārstējošā ārsta nozīmēti plaša spektra diagnostiskie izmeklējumi, t.sk., visa veida ultrasonogrāfijas, endoskopiskie izmeklējumi, rentgenizmeklējumi ar vai bez kontrastvielas, datortomogrāfija, magnētiskā rezonanse ar un bez kontrastvielas, u.c. izmeklējumi ar apmaksu 100% apmērā līgumorganizācijās.	Jā X Nē <input type="checkbox"/>	100% apmērā līgumorganizācijās.
5.11.	Ambulatorā rehabilitācija, minimālā apdrošinājuma summa 85 EUR (astoņdesmit pieci euro) apmērā (bez limita ierobežojuma pakalpojumu kursu, reižu skaitam un vienas procedūras limitam) gadā saskaņā ar ārstējošā ārsta nozīmējumu: - masāžas kurss; - manuālās terapijas kurss; - ūdens procedūru kurss; - ārstnieciskās vingrošanas kurss; - fizikālās terapijas procedūras.	Jā X Nē <input type="checkbox"/>	90 EUR (deviņdesmit euro) apmērā
5.12.	Profilaktiskā vakcinācija vismaz: - pret gripu; - pret ērcu encefalītu.	Jā X Nē <input type="checkbox"/>	100 % apmērā Papildus A un B hepatīta vakcinācija
5.13.	Medicīniskās apskates dažādu izziņu noformēšanai	Jā X Nē <input type="checkbox"/>	100 % apmērā
5.14.	Maksas stacionārie pakalpojumi kopējā piedāvātā limita ietvaros, bez vienas reizes limita summas un ārstēšanās reižu skaita ierobežojumiem, tajā skaitā: 5.12.1. maksas operācijas dienas un / vai diennakts stacionārā; 5.12.2. izmeklējumi, medikamenti un ārstu konsultācijas stacionārā; 5.12.3. paaugstināts serviss stacionārā, ja ārstniecības iestāde tādu piedāvā; 5.12.4. stacionārā rehabilitācija ne mazāk kā 143 EUR gadā	Jā X Nē <input type="checkbox"/>	Gada apdrošinājuma summas 2100 EUR ietvaros. 143 EUR gadā
5.15.	Valsts un privātās neatliekamās palīdzības pakalpojumi	Jā X Nē <input type="checkbox"/>	100 % apmērā

6. Prasības veselības apdrošināšanas programmai 3.darbinieku grupai – aptuveni 6 cilvēkiem:

N.p.k.	Prasību apraksts	Pretendenta piedāvājums	
		Tiek piedāvāts*	Papildu informācija**
6.1.	Gada apdrošinājuma summa 1 personai - ne mazāka kā 3500 EUR, nesadalot šo apdrošināšanas summu starp ambulatoro un stacionāro palīdzību	Jā X Nē <input type="checkbox"/>	3500 EUR
Programmā iekļautie pakalpojumi (maksā par pakalpojumiem tiek segta pilnā apmērā (ja atsevišķās prasībās nav pieļauts citādi) saskaņā līgumorganizācijas cenrādi; ja pakalpojums tiek sniegts iestādē, kam nav līguma ar BTA, izdevumi tiek segti saskaņā ar iesniegtajiem čekiem pilnā apmērā (ja atsevišķās prasībās nav pieļauts citādi)):			
6.2.	Valsts noteiktā pacienta iemaksa par visu veidu	Jā X	100 % apmērā

	ambulatori veiktajiem pakalpojumiem un operācijām, par ārstēšanas dienas un diennakts stacionārā, par stacionāro rehabilitāciju.	Nē <input type="checkbox"/>	
6.3.	Ar darba specifiku saistītās obligātās veselības pārbaudes	Jā <input checked="" type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	100 % apmērā
6.4.	Ģimenes ārstu un terapeitu maksas konsultācijas	Jā <input checked="" type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	100 % apmērā
6.5.	Ģimenes ārstu un terapeitu mājas vizītes, tajā skaitā transporta izdevumi, ja tie iekļauti ārstniecības iestādes cenrādī	Jā <input checked="" type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	100 % apmērā
6.6.	Ārstnieciskās manipulācijas, tajā skaitā injekcijas, pārsiešanas, blokādes	Jā <input checked="" type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	100 % apmērā
6.7.	Ārstu – speciālistu maksas konsultācijas tiek segtas 100% apmērā par pakalpojumu	Jā <input checked="" type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	100 % apmērā
6.8.	Ārstu – dermatologa un fizioterapeita maksas konsultācijas vismaz 3 reizes apdrošināšanas periodā ar apmaksas summu vismaz līdz 30 EUR par konsultāciju. Atļauts nodrošināt šo konsultāciju apmaksas segšanu atbilstoši iesniegtajiem čekiem pēc pakalpojuma saņemšanas.	Jā <input checked="" type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	30 EUR par konsultāciju.
6.9.	Docentu, profesoru, īpaši augsti kvalificētu speciālistu maksas konsultāciju apmaksa līgumorganizācijās tiek veikta 100% apmērā par pakalpojumu, ārpus līgumorganizācijām (ja nav noslēgts sadarbības līgums) apmaksa (tikai attiecībā uz šo grupu) par pakalpojumu nedrīkst būt zemāka par 42,00 EUR par apmeklējuma reizi, neierobežojot konsultāciju reižu skaitu un periodiskumu.	Jā <input checked="" type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	100 % apmērā līgumorganizācijās. Ārpus līgumorganizācijām 42,00 EUR par apmeklējuma reizi.
6.10.	Ārstējošā ārsta nozīmēti plaša spektra diagnostiskie izmeklējumi, t.sk., visa veida ultrasonogrāfijas, endoskopiskie izmeklējumi, rentgenizmeklējumi ar vai bez kontrastvielas, datortomogrāfija, magnētiskā rezonanse ar un bez kontrastvielas, u.c. izmeklējumi ar apmaksu 100% apmērā līgumorganizācijās.	Jā <input checked="" type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	100% apmērā līgumorganizācijās.
6.11.	Ambulatorā rehabilitācija, minimālā apdrošinājuma summa vismaz 150 EUR (simts piecdesmit euro) apmērā (bez limita ierobežojuma pakalpojumu kursu, reižu skaitam un vienas procedūras limitam) gadā pēc ārstējošā ārsta nozīmējuma: - masāžas kurss; - manuālās terapijas kurss; - ūdens procedūru kurss; - ārstnieciskās vingrošanas kurss; - fizikālās terapijas procedūras.	Jā <input checked="" type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	Apdrošinājuma summa 150 EUR.
6.12.	Ambulatorajā veselības aprūpē jāiekļauj ar grūtniecību un pēcdzemdību perioda aprūpi saistītie medicīniskie pakalpojumi, tai skaitā maksas ģimenes ārstu ārstniecības pakalpojumi un konsultācijas, maksas speciālistu konsultācijas un ārstnieciskas manipulācijas, plaša apjoma laboratoriskie izmeklējumi, plaša apjoma diagnostiskie izmeklējumi, neatliekamā medicīniskā palīdzība, kas var būt nepieciešama grūtniecības un pēcdzemdību periodā.	Jā <input checked="" type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	Gada apdrošinājuma summas 3500 EUR ietvaros.
6.13.	Profilaktiskā vakcinācija vismaz:	Jā <input checked="" type="checkbox"/>	100 % apmērā

	- pret gripu; - pret ērcu encefalītu.	Nē <input type="checkbox"/>	Papildus A un B hepatīta vakcinācija
6.14.	Medicīniskās apskates dažādu izziņu noformēšanai	Jā X Nē <input type="checkbox"/>	100 % apmērā
6.15.	Maksas stacionārie pakalpojumi kopējā piedāvātā limita ietvaros, bez vienas reizes limita summas un ārstēšanās reizu skaita ierobežojumiem, tajā skaitā: 6.14.1. maksas operācijas dienas un / vai diennakts stacionārā; 6.14.2. izmeklējumi, medikamenti un ārstu konsultācijas stacionārā; 6.14.3. paaugstināts serviss stacionārā, ja ārstniecības iestāde tādu piedāvā	Jā X Nē <input type="checkbox"/>	Gada apdrošinājuma summas 3500 EUR ietvaros.
6.16.	Valsts un privātās neatliekamās palīdzības pakalpojumi	Jā X Nē <input type="checkbox"/>	100% apmērā
6.17.	Dzemdībpalīdzība ar limitu ne mazāku kā 350 EUR gadā	Jā X Nē <input type="checkbox"/>	350 EUR gadā
6.18.	Maksas stacionārā rehabilitācija pēc stacionārās ārstēšanas un/vai ambulatorās ārstēšanās ar jebkura ārstējošā ārsta nosūtījumu ne mazāk kā 300 EUR gadā.	Jā X Nē <input type="checkbox"/>	300 EUR gadā.

7. Papildprogrammas:

2. un 3.grupas darbiniekiem ir tiesības iegādāties vienu vai vairākas papildprogrammas, ja viņam piešķirtā programma to neiekļauj, apmaksājot tās no saviem līdzekļiem. Pretendentam jāpiedāvā izvēles veidā iegādāties sekojošus papildprogrammu variantus:

N.p.k.	Prasību apraksts	BTA piedāvājums	
		Tiek piedāvāts*	Papildu informācija**
7.1.	Jebkuru ārsta izrakstīto medikamentu iegāde ar atlaidi 50% un limitu ne mazāku kā 70 EUR, neparedzot neapmaksājamo medikamentu sarakstu	Jā X Nē <input type="checkbox"/>	50% apmērā, limits 70.00 EUR
7.2.	Zobārstniecības pakalpojumi, tai skaitā zobu higiēnas pakalpojumi ar 50% atlaidi un limitu ne mazāku par 300 EUR	Jā X Nē <input type="checkbox"/>	50% apmērā, limits 300.00 EUR
7.3.	Veselības veicināšana (sports) - 4 nodarbības mēnesī ar limitu ne mazāku kā 5,00 EUR par vienu reizi. Jāpiedāvā iespēja iegādāties mēneša abonementus.	Jā X Nē <input type="checkbox"/>	4 nodarbības mēnesī ar limitu 5,00 EUR par vienu reizi. Iespēja iegādāties mēneša abonementus – 20.00 EUR Apdrošinājuma summa: 240.00 EUR
7.4.	Veselības veicināšana (sports) - 8 nodarbības mēnesī ar limitu ne mazāku kā 5,00 EUR par vienu reizi. Jāpiedāvā iespēja iegādāties mēneša abonementus.	Jā X Nē <input type="checkbox"/>	8 nodarbības mēnesī ar limitu 5,00 EUR par vienu reizi. Iespēja iegādāties mēneša abonementus – 40.00 EUR Apdrošinājuma summa: 480.00 EUR

8. Citas prasības:

N.p.k.	Prasību apraksts	BTA piedāvājums	
		Tiek piedāvāts*	Papildu informācija**

		vāts*	
8.1.	Pretendents nodrošina tehniskajā specifikācijā prasīto pakalpojumu sniegšanu visiem Pasūtītāja apdrošinātajiem darbiniekiem bez darbinieku vecuma ierobežojumiem.	Jā X Nē <input type="checkbox"/>	
8.2.	Pretendenta līgumorganizācijās apdrošinātajām personām ir jābūt pieejamiem visiem prasītajiem pakalpojumiem, kurus sniedz šī līgumorganizācija.	Jā X Nē <input type="checkbox"/>	
8.3.	Norēķini par visiem veselības apdrošināšanas programmās iekļautiem ambulatorajiem pakalpojumiem ir jābūt segtiem 100% apmērā, nenosakot piemaksu no personīgiem līdzekļiem par saņemto pakalpojumu, uzrādot veselības apdrošināšanas polisi, ikvienā no iestādēm, kuru Pretendents atsevišķi ir norādījis kā savu līgumorganizāciju atbilstošajā pakalpojumu grupā.	Jā X Nē <input type="checkbox"/>	
8.4.	Ja pretendenta līgumorganizāciju un to pakalpojumu ierobežojumu dēļ piedāvātās programmas pakalpojumu saņemšana nav iespējama, pretendentam jāsedz izdevumi par šī pakalpojuma saņemšanu nelīgumorganizācijās, kur norēķins tiek veikts par saviem līdzekļiem, pēc pakalpojumu saņemšanas iesniedzot maksājumus apliecinošus dokumentus.	Jā X Nē <input type="checkbox"/>	
8.5.	Ja apdrošināšanas līgumā un programmās paredzētos pakalpojumus apdrošinātās personas saņēmušas ārstniecības iestādēs, kas nav atsevišķi norādītās pretendenta līgumorganizācijas, pretendentam jānodrošina iespēja iesniegt maksājuma dokumentus un citu ar tiem saistīto dokumentāciju elektroniskā veidā.	Jā X Nē <input type="checkbox"/>	e-atlidzibas@bta.lv
8.6.	Pretendentam jānodrošina gan elektroniskā veidā gan papīra formā iesniegto maksājuma dokumentu apmaksu ne vēlāk kā 20 dienu laikā no to iesniegšanas brīža, izmaksājot apdrošināšanas atlīdzību uz norādīto apdrošinātās personas bankas kontu.	Jā X Nē <input type="checkbox"/>	Sk. Papildu noteikumi
8.7.	Pretendentam jāpieņem izskatīšanai un lēmuma pieņemšanai maksājuma dokumenti par ne mazāku laika periodu kā 30 dienas pēc iesniegto dokumentu izdošanas dienas.	Jā X Nē <input type="checkbox"/>	
8.8.	Pretendentam periodiski jānodrošina Pasūtītājs ar operatīvu informāciju par izmaiņām pretendenta līgumorganizāciju sarakstos un to sniegtajos pakalpojumos. Sniegto pakalpojumu apjoms un nosacījumi nedrīkst tikt pasliktināti.	Jā X Nē <input type="checkbox"/>	
8.9.	Pretendentam jānodrošina iespēja Pasūtītājam veikt izmaiņas apdrošināto personu sarakstā visā apdrošināšanas perioda laikā, izslēdzot no tā personas, Pasūtītājam par to rakstiski informējot pretendentu.	Jā X Nē <input type="checkbox"/>	
8.10.	Iekļaujot jaunas apdrošināmās personas, pretendentam jāpiedāvā apdrošināšana uz tādiem pašiem noteikumiem, kādi paredzēti esošajā apdrošināšanas līgumā visu līguma darbības laiku, izņemot trīs mēnešu pirms līguma darbības laika beigām.	Jā X Nē <input type="checkbox"/>	
8.11.	Pretendentam, saņemot no Pasūtītāja informāciju par nepieciešamajām izmaiņām, ne vairāk kā 7 dienu laikā jānodrošina iespēja saņemt apdrošināšanas kartes, polises un informāciju par to izmantošanu.	Jā X Nē <input type="checkbox"/>	
8.12.	Pretendents nodrošina Pasūtītāja darbinieku laulātajiem un radniekiem iespēju iegādāties par saviem līdzekļiem	Jā X Nē <input type="checkbox"/>	

	apdrošināšanas programmās minētos veselības apdrošināšanas pakalpojumus uz tādiem pašiem nosacījumiem kā Pasūtītāja darbiniekiem. Polišu saņemšanai Pasūtītāja darbinieku laulātie un radnieki var pieteikties vismaz 30 (trīsdesmit) kalendāro dienu laikā no Pasūtītāja kolektīvās veselības apdrošināšanas polises noslēgšanas brīža vai no brīža, kad darbinieks ir iekļauts apdrošināto personu sarakstā.		
8.13.	Pretendents piedāvā iespēju veikt gada apdrošināšanas prēmijas dalījumu četros maksājumos, t.i. pirmo prēmijas daļu 1/4 daļu apmērā no kopējās apdrošināšanas prēmijas jāapmaksā ne mazāk kā 10 (desmit) darba dienu laikā no apdrošināšanas polises abpusējas parakstīšanas un rēķina saņemšanas dienas un katru nākamo prēmijas daļu 1/4 daļu apmērā no kopējās apdrošināšanas prēmijas jāapmaksā ik pēc ceturkšņa no iepriekšējā maksājuma dienas, atbilstoši piestādītajam rēķinam	Jā <input checked="" type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>	

Piezīmes:

* - aizpilda pretendents. Pretendents šajā kolonnā pretī katrai pozīcijai ieraksta „Jā”, ja piedāvātais atbilst tehniskajā specifikācijā norādītajām nepieciešamajām minimālajām prasībām un „Nē”, ja neatbilst.

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

Pasūtītāja vārdā:

Izpildītāja vārdā:

/R.Balodis -Bolužs
Direktors _____/

/ E.Matveja /
Valdes locekle

A PAMATPROGRAMMA

(1.grupa ~ 10 darbinieki)

PAMATPROGRAMMA – AMBULATORĀ UN STACIONĀRĀ APRŪPE ĀRSTNIECĪBAS IESTĀDĒ

Pamatprogrammas ietvaros BTA apmaksā izdevumus ambulatorai un stacionārai aprūpei ar apdrošinājuma summu **1 700.00 EUR**.

BTA apmaksā:

PACIENTA IEMAKSU 100% APMĒRĀ KOPEJĀ PROGRAMMAS LIMITĀ:

atbilstoši spēkā esošajiem MK noteikumiem ambulatorā ārstniecības iestādē:

- par ģimenes ārsta ambulatoru apmeklējumu;
- par ārsta speciālista ambulatoru apmeklējumu;
- par ģimenes ārsta mājas vizīti;
- par ambulatori veiktajiem diagnostiskajiem izmeklējumiem un operācijām;

atbilstoši spēkā esošajiem MK noteikumiem stacionārā ārstniecības iestādē (stacionēšanās reižu skaits nav ierobežots):

- par ārstēšanos dienas stacionārā;
- par ārstēšanos diennakts stacionārā;
- par dienas stacionārā veiktajiem diagnostiskajiem izmeklējumiem un operācijām;
- par diennakts stacionārā veiktajiem diagnostiskajiem izmeklējumiem;
- par rehabilitāciju rehabilitācijas centros ar ģimenes ārsta vai ārstējošā ārsta nosūtījumu spēkā esošajos MK noteikumos noteiktajā kārtībā.

Pacienta līdzmaksājumu atbilstoši spēkā esošajiem MK noteikumiem, saņemot stacionāros pakalpojumus, par vienā stacionēšanās reizē operāciju zālē veiktajām ķirurģiskajām operācijām.

AMBULATOROS MAKSAS PAKALPOJUMUS KOPEJĀ PROGRAMMAS LIMITĀ:

Bez ārstniecības personas nozīmējuma:

- maksas ģimenes ārsta, maksas terapeita konsultācijas (līdz 15.00 EUR par konsultāciju);
- ārstu-speciālistu konsultācijas, tajā skaitā profesoru, docentu un augstākās kvalifikācijas speciālistu konsultācijas: ķirurgs, neirologs, urologs, traumatologs, ginekologs, pediatrs, endokrinologs, kardiologs, reimatologs, nefrologs, gastroenterologs, otolaringologs, oftalmologs, arodslimību vai arodveselības ārsts (līdz 15.00 EUR par konsultāciju);
- mājas vizītes un to laikā sniegtie medicīniskie pakalpojumi (līdz 15.00 EUR par vizīti);
- obligātās darbinieku veselības pārbaudes darba pienākumu izpildei nepieciešamajā apjomā, tajā skaitā “sanitārās grāmatiņas” noformēšanai, atbilstoši spēkā esošajiem MK noteikumiem;
- veselības pārbaudes medicīniskās dokumentācijas noformēšanai (izziņas): autotransporta vadīšanai, ieroču nēsāšanas atļaujai, laulību noslēgšanai, mācību iestādes apmeklēšanai;
- vakcinācija pret gripu un ērcu encefalītu;

Ar ģimenes ārsta vai ārstējošā ārsta nozīmējumu:

- ārstnieciskās manipulācijas: injekcijas, infūzijas, locītavu blokādes, pārsiešanas (līdz 15.00 EUR par procedūru);
- plaša spektra laboratoriskie izmeklējumi (līdz 15.00 EUR par izmeklējumu);
- plaša spektra instrumentālie izmeklējumi (līdz 15.00 EUR par izmeklējumu): elektrokardiogrāfija, ehokardiogrāfija, fluorogramma, visa veida ultrasonogrāfiska izmeklēšana, tajā skaitā iegurņa orgānu (urīnpūšļa, dzemdes, prostatas u.c.) sonogrāfiska izmeklēšana ar endokavitālo zondi, kolposkopija, radionukleīdā diagnostika, audiogramma, asinsvadu sonogrāfiska un doplerogrāfiska izmeklēšana, datortomogrāfijas izmeklējums ar un bez kontrastvielas, magnētiskās rezonanses izmeklējums ar un bez kontrastvielas,

rentgenogrāfija orgāniem un ķermeņa daļām, mammogrāfija, fibrogastroduodenoskopija u.c. endoskopiskie izmeklējumi;

- fizikālās procedūras bez skaita un cenas ierobežojuma - elektroforēze, transkutāna elektroneirostimulācija, diadinamiskās strāvas, didinamoforēze, sinusoidāli modulētās strāvas un forēze, interferences strāvas un forēze, elektrostimulācija, fluktorizācija, fluktuoforēze, diatermija, induktotermija, induktoelektroforēze, ultraīsviļņi, centimetru viļņi, milimetru viļņi, mikrostrāvu terapija, magnetoterapija ar mainīgu magnētisko lauku, magnetoterapija ar pastāvīgu magnētisko lauku, fonoforēze, elektroaerosoli, haloterapija, tubuss-kvarcs, siltuma un peloīdu terapija - ar dūņām, ar ozokerītu, ar parafīnu, ar māliem, ar smiltīm, ar siltuma paketēm, bankas.

Ambulatorā rehabilitācija ar ārstējošā ārsta vai ģimenes ārsta nosūtījumu atlīdzības limits – 60.00 EUR gadā:

- ārstnieciskā vingrošana - 10 apmeklējumi,
- masāžas kurss - 10 apmeklējumi;

Programmas kods	Limits
AR2	60.00 EUR

VALSTS UN PRIVĀTĀS NEATLIEKAMĀS PALĪDZĪBAS PAKALPOJUMI (LIMITS 130.00 EUR).

BTA neapmaksā:

- Veselības apdrošināšanas noteikumu Nr.3.1. 4.punktā minētos izdevumus;
- maksas grūtniecības un dzemdības pakalpojumus,
- maksas stacionāros pakalpojumus,
- maksas stacionārās rehabilitācijas pakalpojumus,
- ūdens procedūras (zemūdens masāža, dušas: vēdekļa, cirkulārā, ascendējošā, Šarko un skotu duša),
- manuālo terapiju,
- medicīniskos pakalpojumus, kuri nav minēti pamatprogrammas aprakstā.

Papildu nosacījumi:

Par pacienta iemaksu BTA līgumiestādēs 100% apmērā apdrošinātajām personām norēķini tiek veikti uzrādot veselības apdrošināšanas karti – polisi.

Par ambulatorajiem maksas pakalpojumiem medicīnas iestādēs apdrošinātās personas norēķinās pilnā apmērā no personīgajiem līdzekļiem. BTA kompensē Apdrošinātā izdevumus, pamatojoties uz iesniegtajiem personificētiem maksājuma dokumentiem ar detalizētu izdevumu atšifrējumu, atbilstoši programmas nosacījumiem.

Par nelīgumiestādēs saņemtiem pakalpojumiem apmaksā notiek saskaņā ar Apdrošinātāja A programmas cenrāža:

Medicīniskā pakalpojuma nosaukums	EUR
ĀRSTU KONSULTĀCIJAS	
Pirmreizēja maksas konsultācija pie ģimenes ārsta	līdz 15.00
Atkārtota maksas konsultācija pie ģimenes ārsta	
Pirmreizēja konsultācija pie profesora, docenta un augstākās kvalifikācijas speciālista	
Atkārtota konsultācija pie profesora, docenta un augstākās kvalifikācijas speciālista	
Pirmreizēja konsultācija pie ārsta speciālista	
Atkārtota konsultācija pie ārsta - speciālista mēneša laikā	
Neatliekamā palīdzība	100% apmērā norādītā limita ietvaros

INSTRUMENTĀLIE IZMEKLĒJUMI UN DIAGNOSTIKA		
Elektrokardiogramma		
Ehokardiogrāfija		
Fluorogramma		
Rentgenoloģiskais izmeklējums (1 plaknē, 1 daļai)		
Rentgenoloģiskie izmeklējumi ar kontrastvielu		
Osteodensitometrija		
Ultrasonogrāfija vēdera dobuma un iegurņa orgāniem		
Ultrasonogrāfija vai doplerogrāfija asinsvadiem		
Mammogrāfija	līdz 15.00	
Kolposkopija		
Elptestes		
Fibrogastroezofagoskopija + helicobakter		
Sigmoidoskopija		
Kolonoskopija		
Rektoskopija		
Pilnīga resnās zarnas izmeklēšana ar elastīgiem endoskopiem		
Skaitļotājtomogrāfiskie izmeklējumi		
Magnētiskās rezonanses izmeklējumi		
Scintigrāfiskie izmeklējumi		
LABORATORISKIE IZMEKLĒJUMI		100% (līdz 15.00 par izmeklējumu)
MANIPULĀCIJAS UN PROCEDŪRAS		
Injekcijas – intramuskulārās, zemādas, ādas		līdz 15.00
Injekcija – intravenozā		
Infūzija vēnā		
Locītavu blokāde		
Pārsiešana		
FIZIKĀLĀS TERAPIJAS PROCEDŪRAS	100% apmērā	
AMBULATORĀ REHABILITĀCIJA	norādītā limita ietvaros	
VAKCINĀCIJA		
Vakcinācija pret gripu	100% apmērā līguma un nelīguma iestādēs	
Vakcinācija pret ērcu encefalītu		
MEDICĪNISKĀS KOMISIJAS		
Ar darba specifiku saistītā obligātā veselības pārbaude atbilstoši spēkā esošajiem MK noteikumiem	100% apmērā līguma un nelīguma iestādēs	
Veselības pārbaude medicīniskās dokumentācijas noformēšanai (autotransporta vadīšanai, ieroču nēsāšanas atļaujai, laulību noslēgšanai, „sanitārās grāmatiņas” noformēšanai)		

B PAMATPROGRAMMA

(2.grupa ~ 85 darbinieki)

PAMATPROGRAMMA – AMBULATORĀ UN STACIONĀRĀ APRŪPE ĀRSTNICĪBAS IESTĀDĒ

Pamatprogrammas ietvaros BTA apmaksā izdevumus ambulatorai un stacionārai aprūpei ar apdrošinājuma summu **2 100.00 EUR**

BTA apmaksā:

PACIENTA IEMAKSU 100% APMĒRĀ KOPEJĀ PROGRAMMAS LIMITĀ:

atbilstoši spēkā esošajiem MK noteikumiem ambulatorā ārstniecības iestādē:

- par ģimenes ārsta ambulatoru apmeklējumu;

- par ārsta speciālista ambulatoru apmeklējumu;
- par ģimenes ārsta mājas vizīti;
- par ambulatori veiktajiem diagnostiskajiem izmeklējumiem un operācijām;

atbilstoši spēkā esošajiem MK noteikumiem stacionārā ārstniecības iestādē (stacionēšanās reižu skaits nav ierobežots):

- par ārstēšanas dienas stacionārā;
- par ārstēšanas diennakts stacionārā;
- par dienas stacionārā veiktajiem diagnostiskajiem izmeklējumiem un operācijām;
- par diennakts stacionārā veiktajiem diagnostiskajiem izmeklējumiem;
- par rehabilitāciju rehabilitācijas centros ar ģimenes ārsta vai ārstējošā ārsta nosūtījumu spēkā esošajos MK noteikumos noteiktajā kārtībā.

Pacienta līdzmaksājumu atbilstoši spēkā esošajiem MK noteikumiem, saņemot stacionāros pakalpojumus, par vienā stacionēšanās reizē operāciju zālē veiktajām ķirurģiskajām operācijām.

AMBULATOROS MAKSAS PAKALPOJUMUS KOPEJĀ PROGRAMMAS LIMITĀ: bez ārstniecības personas nozīmējuma:

- maksas ģimenes ārsta, maksas internista (terapeita) konsultācijas,
- ārstu-speciālistu (t.sk. profesoru, docentu un augstākās kvalifikācijas speciālistu) konsultācijas 100% apmērā līgumiestādēs. Ārstu – dermatologa un fizioterapeita maksas konsultācijas - (līdz 25.00 EUR par konsultāciju). Profesoru, docentu un augstākās kvalifikācijas speciālistu konsultācijas nelīgumiestādēs 42.00 EUR apmērā par katru.
- obligātās darbinieku veselības pārbaudes darba pienākumu izpildei nepieciešamajā apjomā un “sanitārās grāmatiņas” noformēšanai, atbilstoši spēkā esošajiem MK noteikumiem;
- veselības pārbaudes medicīniskās dokumentācijas noformēšanai: autotransporta vadīšanai, ieroču nēsāšanas atļaujai, mācību iestādes apmeklēšanai, t.sk. redzes pārbaudi pie optometrista optikas izstrādājumu iegādes vietās;
- vakcināciju pret gripu un ērcu encefalītu, A un B hepatītu;
- mājas vizītes un to laikā sniegtos medicīniskos pakalpojumus, t.sk. transporta pakalpojumus.

Ar ģimenes ārsta vai ārstējošā ārsta nozīmējumu:

- ārstnieciskās manipulācijas: injekcijas (intramuskulāra, zemādas, intravenoza injekcija un infūzija vēnā), locītavu blokādes, brūču apstrāde un pārsiešanas;
- plaša spektra laboratoriskos izmeklējumus;
- plaša spektra instrumentālos izmeklējumus bez reižu skaita ierobežojuma: elektrokardiogrāfija, ehokardiogrāfija, fluorogramma, piena dz., vairogdziedzera, vēdera dobuma orgānu (aknu, žultspūšļa, nieru u.c.) sonogrāfiska izmeklēšana un iegurņa orgānu (urīnpūšļa, dzemdes, prostatas u.c.) sonogrāfiska izmeklēšana, kolposkopija, audiogramma, asinsvadu sonogrāfiska un doplerogrāfiska izmeklēšana, radionuklīdā diagnostika, skaitļotājtomogrāfijas izmeklējums ar un bez kontrastvielas, magnētiskās rezonanses izmeklējums ar un bez kontrastvielas, rentgenogrāfija orgāniem un ķermeņa daļām, mammogrāfija, redzes pārbaude, elptests gastroenteroloģijā, fibrogastroezofagoskopija, fibrogastroduodenoskopija, sigmoidoskopija, kolonoskopija, rektoskopija, pilnīga resnās zarnas izmeklēšana ar elastīgajiem endoskopiem.

Ambulatorā rehabilitācija ar ārstējošā ārsta vai ģimenes ārsta nosūtījumu (limits – EUR 90.00) bez limita ierobežojuma pakalpojumu kursu/ reižu skaitam un vienas procedūras limitam:

- fizikālās procedūras - elektroforēze, transkutāna elektroneirotstimulācija, diadinamiskās strāvas, didinamoforēze, sinusoidāli modulētās strāvas un forēze, interferences strāvas un forēze, elektrostimulācija, fluktorizācija, fluktuoforēze, diatermija, induktotermija, induktoelektroforēze, ultrašviļņi, centimetru viļņi, milimetru viļņi, mikrostrāvu terapija, magnetoterapija ar mainīgu magnētisko lauku, magnetoterapija ar pastāvīgu magnētisko lauku, fonoforēze, elektroaerosoli, haloterapija, tubuss-kvarcs, siltuma un peloīdu terapija - ar dūņām, ar ozokerītu, ar parafīnu, ar māliem, ar smiltīm, ar siltuma paketēm, bankas;
- ārstnieciskā vingrošana,
- masāžas kurss;

- manuālās terapijas kurss;
- ūdens procedūru kurss.

Programmas kods	Limits
AR90	90.00 EUR

STACIONĀRIE MAKSAS PAKALPOJUMI DIENAS UN DIENNAKTS STACIONĀRĀ KOPEJĀ PROGRAMMAS LIMITĀ:

- uzturēšanās stacionārā;
- ārstu - speciālistu konsultācijas;
- medikamenti;
- ārstnieciskās manipulācijas;
- diagnostiskie, laboratoriskie un instrumentālie izmeklējumi;
- maksas operācijas;
- ārstēšanās paaugstināta servisa apstākļos, ja tādus nodrošina ārstniecības iestāde.

MAKSAS STACIONĀRĀS REHABILITĀCIJAS PAKALPOJUMI (LIMITS 143.00 EUR):

- maksas stacionārā rehabilitācija pēc smagām operācijām, saslimšanām, traumām, t.i., pēc infarkta, insulta, lielo stobra kaulu, galvaskausa, mugurkaula lūzumiem, vitāli svarīgu orgānu rezekcijām, sirds operācijām, ja apdrošinātais līguma darbības laikā ir ārstējies stacionārā ar to pašu diagnozi ne mazāk kā 5 dienas.

VALSTS UN PRIVĀTĀS NEATLIEKAMĀS PALĪDZĪBAS PAKALPOJUMI.

BTA neapmaksā:

- Veselības apdrošināšanas noteikumu Nr.3.1. 4.punktā minētos izdevumus;
- maksas grūtniecības un dzemdību pakalpojumus,
- testus uz alergēniem un imūndiagnostiku;
- stacionāro rehabilitāciju, kuras ārstēšanās ilgums ir mazāks par 7 dienām pēc kārtas;
- medicīniskos pakalpojumus, kuri nav minēti pamatprogrammas aprakstā.

Papildu nosacījumi:

Par līgumiestādēs un nelīgumiestādēs saņemtiem pakalpojumiem Apdrošinātājs apmaksā 100% apmērā saskaņā ar programmas nosacījumiem. Pakalpojumus, kuri nav iekļauti līgumiestādes apmaksājamo pakalpojumu sarakstā, Apdrošinātājam ir jāapmaksā no personīgiem līdzekļiem, un Apdrošinātājs kompensē Apdrošinātā izdevumus, pamatojoties uz iesniegtajiem maksājuma dokumentiem, atbilstoši programmas nosacījumiem.

Par ambulatoro rehabilitāciju visās BTA līgumiestādēs un BTA „online” iestādēs, kas nodrošina ambulatorās rehabilitācijas pakalpojumus, tiks nodrošināta norēķināšanas pilnā apmērā, uzrādot veselības apdrošināšanas polisi (karti).

Par atsevišķu ārstu-speciālistu konsultācijām ir jānorēķinās ar personīgiem līdzekļiem. Minētos izdevumus Apdrošinātājs kompensē, pamatojoties uz iesniegtajiem maksājuma dokumentiem. Izdevumus par maksas stacionāriem pakalpojumiem un par stacionārās rehabilitācijas pacienta iemaksas apmērā Apdrošinātājs kompensē pamatojoties uz iesniegtajiem maksājuma dokumentiem. Lai saņemtu minēto izdevumu kompensāciju, Apdrošinātājam ir jāiesniedz Apdrošinātājam izraksts no stacionāra.

Stacionārās rehabilitācijas pakalpojumus Apdrošinātājs apmaksā saskaņā ar programmas nosacījumiem un noslēgtā apdrošināšanas līguma noteikumiem šādā kārtībā:

- Ja Apdrošinātais vēlas, lai Apdrošinātājs norēķinās ar rehabilitācijas centru (sanatoriju), tad Apdrošinātais par to informē Apdrošinātāju pirms rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanas un Apdrošinātājs izsniedz garantijas vēstuli rehabilitācijas centram (sanatorijai) par rehabilitācijas pakalpojumu apmaksu.

- Apdrošinātais norēķinās ar personīgajiem līdzekļiem un izdevumi par rehabilitācijas pakalpojumiem rehabilitācijas centrā (sanatorijā) tiek segti, pamatojoties uz Apdrošinātā iesniegtajiem maksājuma dokumentiem un pievienoto izrakstu no rehabilitācijas centra (sanatorijas).

Apdrošinātajām personām sākotnēji ir jānorēķinās ar personīgajiem līdzekļiem tikai tādā gadījumā, ja iepriekš nav nodrošināta izdevumu segšana ar garantijas vēstuli. BTA garantijas vēstuli izsniedz 5 (piecu) darba dienu laikā pēc visu nepieciešamo dokumentu saņemšanas dienas. Iesniedzamie dokumenti ir ārstējošā ārsta vai ģimenes ārsta nosūtījums un apdrošinātās personas iesniegums, tajā norādot medicīniskās iestādes nosaukumu, pakalpojuma veidu un saņemšanas datumu.

Par neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojumiem ir jānorēķinās ar personīgiem līdzekļiem. Minētos izdevumus Apdrošinātājs kompensē, pamatojoties uz iesniegtajiem maksājuma dokumentiem.

C PAMATPROGRAMMA

(3.grupa ~ 6 darbinieki)

PAMATPROGRAMMA – AMBULATORĀ UN STACIONĀRĀ APRŪPE ĀRSTNICĪBAS IESTĀDĒ

Pamatprogrammas ietvaros BTA apmaksā izdevumus ambulatorai un stacionārai aprūpei ar apdrošinājuma summu **3 500.00 EUR**

BTA apmaksā:

PACIENTA IEMAKSU 100% APMĒRĀ KOPEJĀ PROGRAMMAS LIMITĀ:

atbilstoši spēkā esošajiem MK noteikumiem ambulatorā ārstniecības iestādē:

- par ģimenes ārsta ambulatoru apmeklējumu;
- par ārsta speciālista ambulatoru apmeklējumu;
- par ģimenes ārsta mājas vizīti;
- par ambulatori veiktajiem diagnostiskajiem izmeklējumiem un operācijām;

atbilstoši spēkā esošajiem MK noteikumiem stacionārā ārstniecības iestādē (stacionēšanās reižu skaits nav ierobežots):

- par ārstēšanas dienas stacionārā;
- par ārstēšanas diennakts stacionārā;
- par dienas stacionārā veiktajiem diagnostiskajiem izmeklējumiem un operācijām;
- par diennakts stacionārā veiktajiem diagnostiskajiem izmeklējumiem;
- par rehabilitāciju rehabilitācijas centros ar ģimenes ārsta vai ārstējošā ārsta nosūtījumu spēkā esošajos MK noteikumos noteiktajā kārtībā.

Pacienta līdzmaksājumu atbilstoši spēkā esošajiem MK noteikumiem, saņemot stacionāros pakalpojumus, par vienā stacionēšanās reizē operāciju zālē veiktajām ķirurģiskajām operācijām.

AMBULATOROS MAKSAS PAKALPOJUMUS APDROŠINĀJUMA KOPEJĀ PROGRAMMAS LIMITĀ:

Bez ārstniecības personas nozīmējuma:

- maksas ģimenes ārsta, maksas internista (terapeita) konsultācijas,
- ārstu-speciālistu (t.sk. profesoru, docentu un augstākās kvalifikācijas speciālistu) konsultācijas 100% apmērā līgumiestādē. Ārstu – dermatologa un fizioterapeita maksas konsultācijas - līdz 30.00 EUR apmērā par katru. Profesoru, docentu un augstākās kvalifikācijas speciālistu konsultācijas nelīgumiestādēs 42.00 EUR apmērā par katru.
- obligātās darbinieku veselības pārbaudes darba pienākumu izpildei nepieciešamajā apjomā un “sanitārās grāmatīņas” noformēšanai, atbilstoši spēkā esošajiem MK noteikumiem;

- veselības pārbaudes medicīniskās dokumentācijas noformēšanai: autotransporta vadīšanai, ieroču nēsāšanas atļaujai, mācību iestādes apmeklēšanai, t.sk. redzes pārbaudi pie optometrista optikas izstrādājumu iegādes vietās;
- vakcināciju pret gripu un ērcu encefalītu, A un B hepatītu;
- mājas vizītes un to laikā sniegtos medicīniskos pakalpojumus, t.sk. transporta pakalpojumus.
- grūtnieču aprūpes pakalpojumi, t.sk., pēcdzemdību periodā;

Ar ģimenes ārsta vai ārstējošā ārsta nozīmējumu:

- ārstnieciskās manipulācijas: injekcijas, locītavu blokādes, pārsiešanas;
- plaša spektra laboratoriskie izmeklējumi;
- plaša spektra instrumentālie izmeklējumi: elektrokardiogrāfija, ehokardiogrāfija, fluorogramma, visa veida ultrasonogrāfiska izmeklēšana, tajā skaitā iegurņa orgānu (urīnpūšļa, dzemdes, prostatas u.c.) sonogrāfiska izmeklēšana ar endokavitālo zondi, kolposkopija, radionukleīdā diagnostika, audiogramma, asinsvadu sonogrāfiska un doplerogrāfiska izmeklēšana, datortomogrāfijas izmeklējums ar un bez kontrastvielas, magnētiskās rezonanses izmeklējums ar un bez kontrastvielas, rentgenogrāfija ar vai bez kontrastvielas orgāniem un ķermeņa daļām, mammogrāfija, fibrogastroduodenoskopija u.c. endoskopiskie izmeklējumi, kolonoskopija, rektoskopija, pilnīga resnās zarnas izmeklēšana ar elastīgajiem endoskopiem;

Ambulatorā rehabilitācija ar ārstējošā ārsta vai ģimenes ārsta nosūtījumu (limits 150.00 EUR) bez limita ierobežojuma pakalpojumu kursu, reižu skaitam un vienas procedūras limitam:

- fizikālās procedūras - elektroforēze, transkutāna elektroneirostimulācija, diadinamiskās strāvas, didinamoforēze, sinusoidāli modulētās strāvas un forēze, interferences strāvas un forēze, elektrostimulācija, fluktorizācija, fluktuoforēze, diatermija, induktotermija, induktoelektroforēze, ultrašviļņi, centimetru viļņi, milimetru viļņi, mikrostrāvu terapija, magnetoterapija ar mainīgu magnētisko lauku, magnetoterapija ar pastāvīgu magnētisko lauku, fonoforēze, elektroaerosoli, haloterapija, tubuss-kvarcs, siltuma un peloīdu terapija - ar dūņām, ar ozokerītu, ar parafīnu, ar māliem, ar smiltīm, ar siltuma paketēm, bankas;
- ārstnieciskā vingrošana,
- masāžas kurss;
- manuālās terapijas kurss;
- ūdens procedūru kurss;

Programmas kods	Limits
AR150	150.00 EUR

MAKSAS DZEMDĪBAS (AR APDROŠINĀJUMA SUMMU (LIMITU) 350.00 EUR)

Tiek apmaksātas maksas dzemdības, ieskaitot individuālos dzemdību līgumus.

Programmas kods	Apdrošinājuma summa(limits)
MdzP	350.00 EUR

STACIONĀRIE MAKSAS PAKALPOJUMI DIENAS UN DIENNAKTS STACIONĀRĀ KOPEJĀ PROGRAMMAS LIMITĀ:

- uzturēšanās stacionārā;
- ārstu - speciālistu konsultācijas;
- medikamenti;
- ārstnieciskās manipulācijas;
- diagnostiskie, laboratoriskie un instrumentālie izmeklējumi;
- maksas operācijas;
- ārstēšanās paaugstināta servisa apstākļos, ja tādus nodrošina ārstniecības iestāde.

MAKSAS STACIONĀRĀS REHABILITĀCIJAS PAKALPOJUMI (limits 300.00 EUR).

BTA apmaksā ārstnieciskās rehabilitācijas pakalpojumus rehabilitācijas centros (sanatorijās), ja rehabilitāciju nozīmējis ārstējošais ārsts, ko apliecina ārstējošā ārsta nosūtījums.

VALSTS UN PRIVĀTĀS NEATLIEKAMĀS PALĪDZĪBAS PAKALPOJUMI.

BTA neapmaksā:

- Veselības apdrošināšanas noteikumu Nr.3.1. 4.punktā minētos izdevumus;
- testus uz alergēniem un imūndiagnostiku;
- grūtnieču aprūpes līgumus;
- dzemdību ķeizargrieziena operāciju pēc pacientes pieprasījuma, dzemdības ūdenī, dzemdības ar dūlu jeb dzemdību atbalstītāju;
- attiecībā uz stacionārās rehabilitācijas pakalpojumiem: bāra un restorāna rēķinus, SPA procedūras;
- 3 un 4 dimensiju izmeklējumus, kas saistīti ar grūtniecību;
- medicīniskos pakalpojumus, kuri nav minēti pamatprogrammas aprakstā.

Papildu nosacījumi:

Par līgumiestādēs un nelīgumiestādēs saņemtiem pakalpojumiem Apdrošinātājs apmaksā 100% apmērā saskaņā ar programmas nosacījumiem. Pakalpojumus, kuri nav iekļauti līgumiestādes apmaksājamo pakalpojumu sarakstā, Apdrošinātajam ir jāapmaksā no personīgiem līdzekļiem, un Apdrošinātājs kompensē Apdrošinātā izdevumus, pamatojoties uz iesniegtajiem maksājuma dokumentiem, atbilstoši programmas nosacījumiem.

Par ambulatoro rehabilitāciju visās BTA līgumiestādēs un BTA „online” iestādēs, kas nodrošina ambulatorās rehabilitācijas pakalpojumus, tiks nodrošināta norēķināšanas pilnā apmērā, uzrādot veselības apdrošināšanas polisi (karti).

Par atsevišķu ārstu-speciālistu konsultācijām ir jānorēķinās ar personīgiem līdzekļiem. Minētos izdevumus Apdrošinātājs kompensē, pamatojoties uz iesniegtajiem maksājuma dokumentiem. Izdevumus par maksas stacionāriem pakalpojumiem Apdrošinātājs kompensē pamatojoties uz iesniegtajiem maksājuma dokumentiem. Lai saņemtu minēto izdevumu kompensāciju, Apdrošinātajam ir jāiesniedz Apdrošinātajam izraksts no stacionāra.

Rehabilitācijas pakalpojumi rehabilitācijas centrā (sanatorijā) tiek apmaksāti šādā kārtībā:

- Ja Apdrošinātais vēlas, lai BTA norēķinās ar rehabilitācijas centru (sanatoriju), tad Apdrošinātajam jāinformē BTA pirms rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanas, un BTA izsniedz garantijas vēstuli rehabilitācijas centram (sanatorijai) par rehabilitācijas pakalpojumu apmaksu saskaņā ar noslēgtā apdrošināšanas līguma noteikumiem;
- Apdrošinātais norēķinās ar personīgajiem līdzekļiem un izdevumi par rehabilitācijas pakalpojumiem rehabilitācijas centrā (sanatorijā) tiek segti, pamatojoties uz Apdrošinātā iesniegtajiem personificētiem maksājumu apliecinājošiem dokumentiem un pievienoto izrakstu no rehabilitācijas centra (sanatorijas).

Apdrošinātajām personām sākotnēji ir jānorēķinās ar personīgajiem līdzekļiem tikai tādā gadījumā, ja iepriekš nav nodrošināta izdevumu segšana ar garantijas vēstuli. BTA garantijas vēstuli izsniedz 5 (piecu) darba dienu laikā pēc visu nepieciešamo dokumentu saņemšanas dienas. Iesniedzamie dokumenti ir ārstējošā ārsta vai ģimenes ārsta nosūtījums un apdrošinātās personas iesniegums, tajā norādot medicīniskās iestādes nosaukumu, pakalpojuma veidu un saņemšanas datumu.

Par neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojumiem ir jānorēķinās ar personīgiem līdzekļiem. Minētos izdevumus Apdrošinātājs kompensē, pamatojoties uz iesniegtajiem maksājuma dokumentiem.

PAPILDPGRAMMAS PAR PERSONĪGAJIEM LĪDZEKĻIEM

B411 PROGRAMMA MEDIKAMENTI

B411 papildprogrammas ietvaros tiek apmaksāti uz **ārstējošā ārsta receptu veidlapām** izrakstīti un aptiekā iegādāti **jebkuri medikamenti** (ar PVN 12%) ambulatorajai ārstēšanai ar **50%** atlaidi un limitu **EUR 70.00** gadā.

Programmas kods	Atlaide	Limits
B411	50%	70.00 EUR

Par medikamentiem klients aptiekā norēķinās pilnā apjomā. Apmaksa tiek veikta BTA Veselības atlīdzību regulēšanas nodaļā vai BTA struktūrvienībās, pamatojoties uz personificētiem maksājuma dokumentiem: EKA čeku vai stingrās uzskaites kvīti un recepti vai tās kopiju.

Netiek apmaksāti medikamenti, kas nav reģistrēti LR Zāļu reģistrā.

No valsts budžeta kompensējamajiem medikamentiem, kas iegādāti aptiekā par pilnu summu, tiek piemērota programmā paredzētā atlaide.

Ja, iegādājoties no valsts budžeta kompensējamus medikamentus, tiem aptiekā ir piemērota valsts noteiktā atlaide, tad BTA attiecīgajiem medikamentiem piemēro atlaidi tādā apmērā, lai kopējā medikamentiem piemērotā atlaide, t.i., valsts un BTA piemēroto atlaižu summa, veidotu programmā paredzēto atlaidi.

Ja medikamentam aptiekā piemērotā valsts noteiktā atlaide ir lielāka par programmā paredzēto, BTA neizmaksā apdrošināšanas atlīdzību.

D12 PROGRAMMA – ZOBĀRSTNICĪBA

D12 papildprogrammas ietvaros tiek apmaksāti ar zobārstniecību saistītie pakalpojumi atbilstoši programmas atlaidei, apdrošinājuma summai un apdrošināto pakalpojumu apjomam.

Programmas kods	Atlaide	Apdrošinājuma summa	Apdrošinātie pakalpojumi
D*	50%	300.00 EUR	Zobārstniecība t.sk. higiēna (izņemot zobu protezēšanu)

BTA apmaksā:

- mutes dobuma higiēnas pasākumus;
- neatliekamo palīdzību akūtu zobu sāpju gadījumā: rentgenogrammu diagnozes precizēšanai, vietējo anestēziju, zobu kanāla atvēršanu un tīrīšanu, pagaidu plombas ielikšanu, zoba ekstrakciju;
- ārsta - speciālista konsultācijas un ārstēšanās plāna sastādīšanu;
- terapeitiskos zobārstniecības pakalpojumus;
- ambulatori ķirurģiskos zobārstniecības pakalpojumus;
- periodonta slimību ārstēšanu;
- vietējo anestēziju;
- diagnozes precizēšanai nepieciešamās rentgenogrammas.

BTA neapmaksā:

- zobu kariesa profilaksi ar silantiem un fluorprotektoru;
- implantus un ar tiem saistītos pakalpojumus;
- ar ortodontiju saistītos pakalpojumus;
- protezēšanu, onlejas, inlejas;
- kosmētiskos pakalpojumus (piemēram: zobu balināšana, zobu rotas, venīrklājumi);
- palīglīdzekļus (piemēram: nakts kapes, bokseru šinas).

Papildu nosacījumi:

Lai saņemtu apdrošināšanas atlīdzību par ārstēšanos nelīgumiestādēs, ir jāiesniedz personificēti maksājuma dokumenti: EKA čeki vai stingrās uzskaites kvītis, kur norādīts datums, vārds, uzvārds, personas kods, atšifrēts sniegtais zobārstniecības pakalpojums (zoba Nr., zoba virsma, veiktās manipulācijas nosaukums) un tā cena.

E401 PROGRAMMA – SPORTA NODARBĪBAS

E401 papildprogrammas ietvaros BTA apmaksā nodarbības trenāžieru, body-bike zālē, peldbaseinā, t.sk. ūdens aerobiku un visa veida vingrošanu (aerobiku, kalanētiku, pilates, jogu) atbilstoši E401 programmas reižu skaitam noteiktajā periodā un apdrošinājuma summai.

Programmas kods	Apmeklējumu skaits	Apdrošinājuma summa
E401	4 reizes mēnesī ar limitu 5.00 EUR par vienu apmeklējumu.	240.00 EUR

BTA apmaksā:

- nodarbības trenāžieru zālē vai sporta klubā;
- visa veida vingrošanu, t.sk. aerobiku, atlētiku, kalanētiku, pilates, jogu, u.tml.;
- peldbaseina pakalpojumus;
- sporta dejas;
- mēneša abonementus (limits 20.00 EUR mēnesī);
- nelīgumiestādēs saņemtos pakalpojumus.

Papildu nosacījumi:

Starp BTA sporta līgumiestādēm ir virkne sporta klubu, kur pakalpojumus var saņemt bez piemaksas. E4 papildprogramma pieļauj iespēju katru nedēļu mainīt sporta klubu vai peldbaseinu, sporta treneri un sporta nodarbības veidu atkarībā no Apdrošinātā vēlmes.

Līgumiestāžu čeki par mēneša abonementa vai reižu abonementa iegādi tiek apmaksāti, iesniedzot tos kopā ar atskaiti par apmeklējumiem.

Lai saņemtu apdrošināšanas atlīdzību par iepriekšējā mēnesī izmantoto sporta nodarbību abonementu, Apdrošinātajam jāiesniedz BTA personificēti maksājumu dokumenti:

- kases norēķinu čeks vai stingrās uzskaites kvīts par abonementa iegādi vai bankas maksājuma uzdevums,
- abonements,
- atskaite par apmeklētajām nodarbībām (sporta kluba izsniegts apmeklējumu atšifrējums saskaņā ar saņemto pakalpojumu datumiem).

E402 PROGRAMMA – SPORTA NODARBĪBAS

E402 papildprogrammas ietvaros BTA apmaksā nodarbības trenāžieru, body-bike zālē, peldbaseinā, t.sk. ūdens aerobiku un visa veida vingrošanu (aerobiku, kalanētiku, pilates, jogu) atbilstoši E401 programmas reižu skaitam noteiktajā periodā un apdrošinājuma summai.

Programmas kods	Apmeklējumu skaits	Apdrošinājuma summa
E402	8 reizes mēnesī ar limitu 5.00 EUR par vienu apmeklējumu.	480.00 EUR

BTA apmaksā:

- nodarbības trenāžieru zālē vai sporta klubā;
- visa veida vingrošanu, t.sk. aerobiku, atlētiku, kalanētiku, pilates, jogu, u.tml.;
- peldbaseina pakalpojumus;
- sporta dejas;
- mēneša abonementus (limits 40.00 EUR mēnesī);
- nelīgumiestādēs saņemtos pakalpojumus.

Papildu nosacījumi:

Starp BTA sporta līgumiestādēm ir virkne sporta klubu, kur pakalpojumus var saņemt bez piemaksas. E4 papildprogramma pieļauj iespēju katru nedēļu mainīt sporta klubu vai peldbaseinu, sporta treneri un sporta nodarbības veidu atkarībā no Apdrošinātā vēlmes.

Līgumiestāžu čeki par mēneša abonementa vai reižu abonementa iegādi tiek apmaksāti, iesniedzot tos kopā ar atskaiti par apmeklējumiem.

Lai saņemtu apdrošināšanas atlīdzību par iepriekšējā mēnesī izmantoto sporta nodarbību abonementu, Apdrošinātajam jāiesniedz BTA personificēti maksājumu dokumenti:

- kases norēķinu čeks vai stingrās uzskaites kvīts par abonementa iegādi vai bankas maksājuma uzdevums,
- abonements,
- atskaite par apmeklētajām nodarbībām (sporta kluba izsniegts apmeklējumu atšifrējums saskaņā ar saņemto pakalpojumu datumiem).

Pretrunu gadījumā starp BTA piedāvājumu un šī iepirkuma minimālajām prasībām, noteicošais un prioritārais ir minimālajās prasībās noteiktais.

PAPILDU NOTEIKUMI

Izmaiņu veikšana Apdrošināto sarakstā

Izmaiņas Apdrošināto sarakstā (Apdrošināto pievienošana un/vai izslēgšana) tiek veiktas reizi mēnesī, pamatojoties uz Apdrošinājuma ņēmēja iesniegto informāciju.

Ja apdrošināšanas līguma (polises) darbības laikā Apdrošināto skaits palielinās, tad jaunie Apdrošinātie tiek apdrošināti uz atlikušo apdrošināšanas līguma (polises) darbības laiku, saskaņā ar prēmijas aprēķinu:

Atlikušo pilno kalendāro mēnešu skaits līdz apdrošināšanas līguma (polises) spēkā esamības beigām	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Apdrošināšanas prēmijas apmērs (% no apdrošināšanas līgumā (polisē) minētās gada apdrošināšanas prēmijas)	100%	90%	85%	80%	75%	70%	65%	60%	55%	50%	45%	40%

Gadījumā, ja ar darbinieku tiek izbeigts darba līgums, Pasūtītājs par to pēc saviem ieskatiem rakstiski paziņo apdrošinātājam. Pamatojoties uz šiem paziņojumiem, apdrošinātājs sagatavo pielikumu, kas stājas spēkā ar atbrīvotā darbinieka kartes iesniegšanas dienu apdrošinātājam.

Ja šī līguma spēkā esamības laikā izmaksāto apdrošināšanas atlīdzību summa nepārsniedz apdrošināšanas prēmijas daļu, ko nosaka proporcionāli polises spēkā esamības laikam, tad atgriežamā prēmija tiek aprēķināta proporcionāli par atlikušajiem pilniem kalendārajiem mēnešiem.

Ja izmaksāto apdrošināšanas atlīdzību summa ir lielāka par apdrošināšanas prēmijas daļu, kas aprēķināta proporcionāli polises spēkā esamības laikam, tad par šo pārsniegto apdrošināšanas atlīdzību summas daļu samazina atmaksājamo apdrošināšanas prēmijas daļu. Par šo samazinājumu tiek sastādīts akts.

Pirms termiņa izbeigto individuālo polišu neizmanto prēmijas daļu, apdrošinātājs pēc Pasūtītāja ieskatiem vai nu pārskaita uz Pasūtītāja norēķinu kontu, vai arī tas tiek ieturēts kā avanss turpmākās apdrošināšanas prēmijas iemaksai. Šajā gadījumā Apdrošinātājs iesniedz Pasūtītājam kredītrēķinu.

Apdrošināšanas programmas uzlabošanas iespējas

1 (viena) mēneša laikā no apdrošināšanas līguma (polises) noslēgšanas visiem Apdrošinātajiem ir iespēja iegādāties plašāku apdrošināšanas aizsardzību, samaksājot apdrošināšanas prēmiju no personīgiem līdzekļiem vienā maksājumā. Papildu iegādātā apdrošināšanas aizsardzība ir spēkā līdz apdrošināšanas līguma (polises) termiņa beigām.

Apdrošināto ģimenes locekļu veselības apdrošināšana

1 (viena) mēneša laikā no apdrošināšanas līguma (polises) noslēgšanas visiem Apdrošināto ģimenes locekļiem (laulātie, bērni, vecāki) ir iespēja iegādāties veselības apdrošināšanu identisku tai, kāda ir darbiniekam, samaksājot apdrošināšanas prēmiju no personīgiem līdzekļiem vienā maksājumā.

Apdrošināšanas prēmija Apdrošināto ģimenes locekļu apdrošināšanai pamatprogrammām un papildprogrammām tiek aprēķināta identiski kā Apdrošinātā darbiniekiem.

Ja Apdrošinātais pats ir norēķinājies par saņemtajiem ārstnieciskajiem pakalpojumiem, Apdrošinātais iesniedz BTA maksājuma dokumentus apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai pēc izvēles vienā no zemāk minētajiem veidiem:

- nosūtot ieskenētā veidā uz BTA e-pasta adresi: e-atlidzibas@bta.lv;

Šādā gadījumā:

Apdrošinātais nosūta parakstītu noteiktas formas pieteikumu apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai, turpmāk - Pieteikums (pieejams BTA mājas lapā internetā <http://www.bta.lv>) un skenētus ar pakalpojuma saņemšanu saistītos dokumentus, ievērojot Pieteikumā minēto un BTA sniegtos norādījumus.

2 darba dienu laikā, skaitot no visu nepieciešamo dokumentu saņemšanas brīža, BTA izmaksā apdrošināšanas atlīdzību vai informē Apdrošināto par atteikumu pilnā apmērā vai daļēji veikt apdrošināšanas atlīdzības izmaksu. Apdrošināšanas atlīdzība tiek pārskaitīta Apdrošinātajam uz Apdrošinātā norādīto norēķinu kontu bankā.

- nosūtot pa pastu uz adresi: Sporta iela 18, Rīga, LV-1013 ar norādi - BTA Apdrošināšanas atlīdzību departamentam.

Šādā gadījumā:

Apdrošinātais nosūta parakstītu Pieteikumu (pieejams BTA mājas lapā internetā <http://www.bta.lv> vai jebkurā BTA klientu apkalpošanas struktūrvienībā) un ar pakalpojuma saņemšanu saistītos dokumentus, ievērojot Pieteikumā minēto un BTA sniegtos norādījumus.

10 dienu laikā, skaitot no visu nepieciešamo dokumentu saņemšanas brīža, BTA izmaksā apdrošināšanas atlīdzību vai informē Apdrošināto par atteikumu pilnā apmērā vai daļēji veikt apdrošināšanas atlīdzības izmaksu.

Apdrošināšanas atlīdzība tiek pārskaitīta Apdrošinātajam uz Apdrošinātā norādīto norēķinu kontu bankā.

- iesniedzot jebkurā BTA klientu apkalpošanas struktūrvienībā.

Šādā gadījumā:

Apdrošinātais iesniedz parakstītu Pieteikumu (pieejams BTA mājas lapā internetā <http://www.bta.lv> vai jebkurā BTA klientu apkalpošanas struktūrvienībā) un ar pakalpojuma saņemšanu saistītos dokumentus, ievērojot Pieteikumā minēto un BTA sniegtos norādījumus.

Apdrošināšanas atlīdzību var saņemt:

uz norēķinu kontu bankā 5 darba dienu laikā no visu nepieciešamo dokumentu saņemšanas brīža; **skaidrā naudā**, ja apdrošināšanas atlīdzība nepārsniedz EUR 143,-, ko BTA izmaksā Apdrošinātajam BTA klientu apkalpošanas struktūrvienībās visu apdrošināšanas atlīdzības izmaksāšanai nepieciešamo dokumentu saņemšanas dienā. BTA struktūrvienību saraksts ir publicēts Apdrošinātāja mājas lapā internetā: <http://www.bta.lv/lat/company/contacts/offices/policy/riiga/?google>.

Ja BTA ir pieņēmusi lēmumu izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību 100% apmērā, tad rakstisks paziņojums par to Apdrošinātajam nosūtīts netiek. BTA pieņemto lēmumu apliecina apdrošināšanas atlīdzības izmaksa. Lēmumu izsniedz 5 darba dienu laikā pēc Apdrošinātā vai Apdrošinājuma ņēmēja rakstveida pieprasījuma saņemšanas.

Ja BTA ir pieņēmusi lēmumu par atteikumu pilnā apmērā vai daļēji izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību, puses vienojas, ka fizisko personu datu aizsardzības un informācijas aprites optimizēšanas nolūkā par pieņemto lēmumu par atteikumu izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību BTA informē Apdrošināto.

Ja Pieteikumam pievienoti maksājumu dokumenti apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai ieskenētā veidā vai to kopijas, tad:

Ar dokumentu apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai nosūtīšanu BTA, persona, kas tos iesniedz, apliecina, ka ieskenētie ar pakalpojuma saņemšanu saistītie dokumenti vai to kopijas atbilst oriģināliem un visa Pieteikumā norādītā informācija ir patiesa;

Ar pakalpojumu saņemšanu saistīto dokumentu oriģināli vai to apliecināti atvasinājumi – kopijas, izraksti u.c., Apdrošinātajam jāuzglabā visā apdrošināšanas līguma darbības laikā un jāiesniedz BTA pēc pirmā pieprasījuma.

Apdrošinātajiem un Apdrošināto ģimenes locekļiem, uzrādot savu veselības apdrošināšanas karti, kā arī Apdrošinājumaņēmējam visā apdrošināšanas periodā ir tiesības saņemt:

1. atlaides citiem apdrošināšanas veidiem:

- Sauszemes transportlīdzekļu (KASKO) apdrošināšanai - 5%;
- Sauszemes transportlīdzekļu īpašnieku civiltiesiskās atbildības obligātai (OCTA) apdrošināšanai - 5%;
- Nelaiemes gadījumu apdrošināšanai - 15%;
- Nekustamā īpašuma un mantas, celtniecības risku apdrošināšanai - 15%;
- Ceļojumu un darījumu braucienu apdrošināšanai - 20%.

2. atlaides un speciālos BTA sadarbības partneru piedāvājumus, kuri ir publicēti BTA mājas lapā internetā: www.bta.lv.

Pārējie noteikumi

Apdrošinātajiem veselības aprūpes pakalpojumus apmaksā saskaņā ar BTA mājas lapā publicēto BTA veselības apdrošināšanas iestāžu sarakstu <http://www.bta.lv/lat/company/contacts/cards>. Apdrošināšanas līguma darbības laikā Apdrošinātajam ir tiesības vienpersoniski izdarīt grozījumus šajā sarakstā un attiecīgie grozījumi Apdrošinātajam ir saistoši no brīža, kad tie ir publicēti BTA mājas lapā internetā.

Apdrošinājumaņēmējs apliecina, ka atļauj BTA kā sistēmas pārzinim un personas datu saņēmējam un personas datu operatoram, kā arī SIA „Blue Bridge Technologies” (VRN: 40003932716, adrese: Mazā Nometņu iela 31, Rīga LV-1002) kā personas datu operatoram, apstrādāt Apdrošinājumaņēmēja datus, kā arī garantē, ka viņam ir Apdrošinātā piekrišana tam, ka BTA un SIA „Blue Bridge Technologies” kā personas datu operators apstrādā Apdrošinātā datus, tai skaitā sensitīvus personas datus un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodus saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu un citiem Latvijas Republikā spēkā esošajiem normatīviem aktiem apdrošināšanas risku kotēšanai, apdrošināšanas atlīdzības regulēšanai un apdrošināšanas līgumu administrēšanai. Apdrošinājumaņēmējs apliecina, ka atļauj BTA saņemt no valsts nozīmes reģistriem, kas satur personas datus, informāciju par Apdrošinājumaņēmēju, ja tāda informācija BTA ir nepieciešama un garantē, ka viņam ir Apdrošinātā piekrišana minēto darbību veikšanai. Šajā punktā minētais apliecinājums ir spēkā arī uz tām fiziskām personām, kas slēdz apdrošināšanas līgumus juridiskas personas vārdā.

Pretrunu gadījumā starp 10.09.2013. ar Valdes lēmumu Nr LV1_0002/02-03-03-2013-69 apstiprinātajiem „Veselības apdrošināšanas noteikumiem Nr.3.1.” un šiem Papildu noteikumiem, prioritāri un pusēm saistoši ir Papildu noteikumi.

Apmaksas nosacījumi – 4 maksājumi (neattiecas uz radnieku polišu iegādi).

Veselības apdrošināšanas karšu dublikātu izgatavošana – bez maksas.

Pasūtītāja vārdā:

Izpildītāja vārdā:

/R.Balodis -Bolužs
Direktors _____/

/ E.Matveja /
Valdes locekle

CENU PIEDĀVĀJUMS

Cenas jānorāda saskaņā ar C pielikumā sniegto formātu.

1. Norādītās cenas iekļauj visus nodokļus, nodevas, kā arī polišu izgatavošanas izmaksas un citus saistītos izdevumus.

2. Gada apdrošināšanas prēmija par 1.pamatprogrammu:

Nr.	Programma	Gada prēmija vienai polisei (EUR)	Darbinieku skaits grupā	Kopā (EUR)
1.	Pamatprogramma 1	96.00	10	960.00

3. Gada apdrošināšanas prēmija par 2.pamatprogrammu:

Nr.	Programma	Gada prēmija vienai polisei (EUR)	Darbinieku skaits grupā	Kopā (EUR)
1.	Pamatprogramma 2	240.00	85	20 400.00

4. Gada apdrošināšanas prēmija par 3.pamatprogrammu:

Nr.	Programma	Gada prēmija vienai polisei (EUR)	Darbinieku skaits grupā	Kopā (EUR)
1.	Pamatprogramma 3	382.00	6	2 292.00

5. Kopējā gada apdrošinājuma prēmija (Pamatprogramma 1 + Pamatprogramma 2 + Pamatprogramma 3) visiem darbiniekiem: 23 652.00 EUR

6. Papildprogrammu cenas:

Nr	Programma (sk. Tehniskās specifikācijas punktu 7.)	Gada prēmija vienam darbiniekam, (EUR)
1.	Medikamentu iegāde ar atlaidi 50% un limitu 70.00 EUR	55.00
2.	Zobārstniecība ar 50% atlaidi un limitu 300.00 EUR	111.00
3.	Veselības veicināšana (sports) - 4 x mēnesī ar limitu 5.00 EUR	118.00
3.	Veselības veicināšana (sports) - 8 x mēnesī ar limitu 5.00 EUR	232.00

7. Cenas norādītas, ieskaitot polišu izgatavošanas izmaksas un citus saistītos izdevumus, vienam gadam

Pasūtītāja vārdā:

Izpildītāja vārdā:

/R.Balodis -Boluzs
Direktors_____ /

/ E.Matveja /
Valdes locekle

APSTIPRINĀTI

Ar „BTA Insurance Company” SE

10.09.2013. Valdes Lēmumu Nr. LV1_0002/02-03-03-2013-69

VESELĪBAS APDROŠINĀŠANAS NOTEIKUMI NR.3.1.

Saskaņā ar šiem noteikumiem BTA slēdz apdrošināšanas līgumus par veselības apdrošināšanu.

SATURS	Lpp.
Noteikumos lietoto terminu skaidrojums	24
Apdrošināšanas objekts.....	25
Apdrošināšanas aizsardzība.....	25
Izņēmumi.....	26
Apdrošinājuma summa.....	27
Apdrošinājumaņēmēja, Apdrošinātā un BTA pienākumi	27
Apdrošināšanas atlīdzība.....	28
Pārējie noteikumi.....	29

1. NOTEIKUMOS LIETOTO TERMINU SKAIDROJUMS

Apdrošinātais	Fiziska persona, kuras labā ir noslēgts Apdrošināšanas līgums.
Apdrošinājumaņēmējs	Juridiska persona, kas noslēdz Apdrošināšanas līgumu Apdrošināto labā.
Apdrošināšanas līgums	BTA un Apdrošinājumaņēmēja vienošanās, saskaņā ar kuru Apdrošinājumaņēmējs uzņemas saistības maksāt Apdrošināšanas prēmiju Apdrošināšanas līgumā noteiktajā veidā, termiņos un apmērā, kā arī izpildīt citas Apdrošināšanas līgumā noteiktās saistības, savukārt BTA uzņemas saistības, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, izmaksāt Apdrošināšanas atlīdzību atbilstoši līguma noteikumiem. Apdrošināšanas līgums sastāv no šādiem dokumentiem: Apdrošināšanas polise, Apdrošināto saraksts, šie noteikumi, Papildu noteikumi, Programmu apraksti, Apdrošināšanas karte, citas vienošanās, kas noslēgtas starp Apdrošinājumaņēmēju un BTA.
Apdrošināšanas atlīdzība	Par Apdrošināšanas gadījumu izmaksājamā naudas summa atbilstoši noslēgtajam Apdrošināšanas līgumam.
Apdrošināšanas gadījums	Notikums, kuram iestājoties paredzēta Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa atbilstoši Apdrošināšanas līgumam.
Apdrošinājuma summa	Apdrošināšanas līgumā noteiktā maksimālā naudas summa, par kuru apdrošināta katra Apdrošinātā veselība, un kas ir maksimālā naudas summa, kas, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, var tikt izmaksāta kā Apdrošināšanas atlīdzība.
Apdrošināšanas periods	Apdrošināšanas līgumā norādīts laika periods, kurā ir spēkā ar Apdrošināšanas līgumu nodrošinātā apdrošināšanas aizsardzība.
Apdrošināšanas programma	Apdrošināšanas līgumā noteikts veselības aprūpes pakalpojumu kopums un apmērs, kuru apmaksu nodrošina BTA.
Apdrošināšanas polise	Dokuments, kas apliecina Apdrošināšanas līguma noslēgšanu un ietver Apdrošināšanas līguma noteikumus, par kādiem Apdrošinājumaņēmējs un BTA ir vienojušies.
Apdrošināšanas	Apdrošināšanas līgumā norādītais maksājums par apdrošināšanu.

prēmija	
Apdrošināšanas karte	Apdrošinātajam izsniegta individuālā karte, kas apliecina, ka Apdrošinātā veselība ir apdrošināta.
Ārstniecības iestāde	Veselības aprūpes iestāde, uzņēmums un ārstu prakse, kas reģistrēta Latvijas Republikas Veselības aprūpes iestāžu, uzņēmumu un prakšu reģistrā.
BTA	„BTA Insurance Company” SE, Apdrošinātājs likuma „Par apdrošināšanas līgumu” izpratnē.
BTA līgumiestāde	Ārstniecības iestāde, sporta iestāde, optikas izstrādājumu iegādes vieta un aptieka, ar kuru BTA ir noslēgusi sadarbības līgumu.
Limits	Apdrošināšanas līgumā noteikta naudas summa, procenti, kuru apmērā BTA apmaksā izdevumus par saņemtajiem pakalpojumiem, vai apmaksājamo pakalpojumu skaits, kura ietvaros, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, tiek atlīdzinātas izmaksas par Apdrošinātā saņemtajiem pakalpojumiem.

2. APDROŠINĀŠANAS OBJEKTS

Apdrošināšanas objekts **2.1.** Apdrošināšanas objekts ir Apdrošinātā veselība.

3. APDROŠINĀŠANAS AIZSARDZĪBA

Apdrošināšanas aizsardzība **3.1.** Apdrošināšanas gadījums ir iestājies un Apdrošināšanas atlīdzība izmaksājama, atlīdzinot Apdrošinātā izdevumus par saņemtajiem pakalpojumiem:

3.1.1. kas saistīti ar Apdrošinātā veselību;

3.1.2. atbilstoši Apdrošināšanas līgumā paredzētajām Apdrošināšanas programmām;

3.1.3. nepārsniedzot Apdrošinājuma summu un Limitu;

3.1.4. Latvijas Republikā un Apdrošināšanas līgumā noteiktajā Apdrošināšanas periodā;

3.1.5. Ārstniecības iestādē pie tajā strādājošās ārstniecības personas, sporta iestādē, optikas izstrādājumu iegādes vietā vai aptiekā;

3.1.6. kas ir iekļauti Latvijas Republikas Nacionālā veselības dienesta Ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju datu bāzē reģistrētām medicīniskām tehnoloģijām, kā arī par optikas iegādi, medikamentu iegādi vai sporta nodarbībām.

3.2. Ar Apdrošināšanas līgumu nodrošinātā apdrošināšanas aizsardzība stājas spēkā Apdrošināšanas līgumā norādītā Apdrošināšanas perioda pirmās dienas plkst. 00:00, bet ne ātrāk kā ar Apdrošināšanas prēmijas vai Apdrošināšanas prēmijas pirmās daļas, ja Apdrošināšanas līgumā ir noteikta Apdrošināšanas prēmijas samaksa pa daļām, samaksas brīdī gadījumos, kad:

3.2.1. Apdrošināšanas līgumā nav noteikta Apdrošināšanas prēmijas samaksas diena;

3.2.2. Apdrošināšanas līgumā kā Apdrošināšanas prēmijas samaksas diena ir noteikta Apdrošināšanas perioda pirmā diena;

3.2.3. Apdrošināšanas prēmijas samaksas diena ir noteikta pirms Apdrošināšanas perioda pirmās dienas.

3.3. Ja Apdrošināšanas līgumā noteikts, ka Apdrošināšanas prēmija vai Apdrošināšanas prēmijas pirmā daļa (ja Apdrošināšanas līgumā ir noteikta Apdrošināšanas prēmijas samaksa pa daļām) jāsamaksā pēc Apdrošināšanas līgumā norādītā Apdrošināšanas perioda pirmās dienas, tad apdrošināšanas aizsardzība stājas spēkā Apdrošināšanas perioda pirmās dienas plkst. 00:00 ar nosacījumu, ka Apdrošinājuma ņēmējs samaksās Apdrošināšanas prēmiju vai tās pirmo daļu Apdrošināšanas līgumā noteiktajā termiņā un apmērā.

Apdrošināšanas aizsardzības stāšanās spēkā

**Nokavēta
apdrošināšanas
prēmija**

3.4. Ja Apdrošināšanas prēmija vai tās pirmā daļa ir samaksāta pēc Apdrošināšanas līgumā noteiktā samaksas termiņa, BTA ir tiesības 10 (desmit) kalendāro dienu laikā atmaksāt Apdrošinājumaņēmējam ar nokavējumu samaksāto Apdrošināšanas prēmiju vai, ja BTA nav zināms veids, kādā Apdrošinājumaņēmējs var saņemt Apdrošināšanas prēmiju, rakstveidā pieprasīt no Apdrošinājumaņēmēja šādu informāciju. Šajā gadījumā apdrošināšanas aizsardzība nav stājusies spēkā.

**Iespējamā
apdrošināšanas
gadījuma
iestāšanās pēc
nokavētas
apdrošināšanas
prēmijas
samaksas
Apdrošināšanas
aizsardzības
spēkā esamība**

3.5. Ja BTA šo noteikumu 3.4. punktā noteiktajā termiņā neveic Apdrošināšanas prēmijas vai tās pirmās daļas atmaksu vai nenosūta Apdrošinājumaņēmējam 3.4. punktā minēto pieprasījumu, apdrošināšanas aizsardzība ir spēkā, ievērojot šo noteikumu 3.2. un 3.3. punktus noteikto.

3.6. Ja Apdrošināšanas prēmija vai tās pirmā daļa ir samaksāta pēc Apdrošināšanas līgumā norādītā Apdrošināšanas prēmijas samaksas termiņa un līdz Apdrošināšanas prēmijas samaksai ir iestājies iespējamais apdrošināšanas gadījums, apdrošināšanas aizsardzība nav stājusies spēkā un BTA ir pienākums 10 (desmit) kalendāro dienu laikā paziņot Apdrošinājumaņēmējam par apdrošināšanas aizsardzības spēkā neesamību un atmaksāt Apdrošinājumaņēmējam ar nokavējumu samaksāto Apdrošināšanas prēmiju.

3.7. Apdrošināšanas aizsardzība ir spēkā līdz Apdrošināšanas līgumā norādītā Apdrošināšanas perioda pēdējās dienas plkst. 24:00, ja Apdrošinājumaņēmējam un BTA vienojoties vai citu iemeslu dēļ, Apdrošināšanas līgums nav izbeigts pirms termiņa.

4. IZŅĒMUMI

**Vispārējie
izņēmumi**

4.1. Par Apdrošināšanas gadījumu netiek uzskatīts un netiek atlīdzināti izdevumi:

4.1.1. kas Apdrošinātajam radušies nepārvaramas varas, tas ir, ārkārtēja gadījuma, ko Apdrošinātais nevarēja ne paredzēt, ne novērst, (piemēram, dabas katastrofa, terora akti, sacelšanās, streiki, citas masu nekārtības, kari) rezultātā;

4.1.2. ja Apdrošinātais ārstējies pats sevi, lietojot medikamentus vai narkotiskās vielas, kuru lietošana nav paredzēta no ārstnieciskā viedokļa un tos attiecīgajam gadījumam nav izrakstījis ārstējošais ārsts;

4.1.3. ja Apdrošinātais apzināti nodarījis kaitējumu savai veselībai, tajā skaitā, mēģinot izdarīt pašnāvību;

4.1.4. kas Apdrošinātajam radušies alkohola, toksisko, narkotisko vai citu apreibinošo vielu lietošanas rezultātā;

4.1.5. kas Apdrošinātajam radušies veicot prettiesisku darbību, tiesību pārkāpumu, vai izdarot noziedzīgu nodarījumu vai piedaloties tajā;

4.1.6. kas Apdrošinātajam radušies saistībā ar pandēmiju. Pandēmija šo noteikumu izpratnē ir infekcijas slimības izplatīšanās tādos apmēros, kas pārsniedz konkrētai teritorijai raksturīgu saslimstības līmeni, vai arī slimības parādīšanās un intensīva izplatīšanās teritorijā, kurā iepriekš tā nav reģistrēta, kas skar plašas ģeogrāfiskas teritorijas vai kontinentus, par kuru ir paziņojusi atbildīgā Latvijas Republikas institūcija.

**Neatlīdzināmie
izdevumi, ja
Apdrošināšanas
līgumā nav**

4.2. Ja noslēgtajā Apdrošināšanas līgumā nav tieši un nepārprotami norādīts savādāk, par Apdrošināšanas gadījumu netiek uzskatīts un netiek atlīdzināti izdevumi par:

4.2.1. kosmētiskajiem pakalpojumiem un ārstēšanu (piemēram,

fototermolīze, intensīvi pulsējošās gaismas terapija, krioterapija), estētiski – ķirurģiskām operācijām un manipulācijām, tajā skaitā labdabīgu ādas veidojumu ārstēšanu (piemēram, dzimumzīmes, papilomas, kārpas, keratoze), lāzerķirurģisko, invazīvo un estētisko dermatoloģiju, plastisko, rekonstruktīvo un bariatrisko ķirurģiju, svāra samazināšanas programmām, hidrokolonoterapiju, seborejas ārstēšanu, limfodrenāžu, vakuumasāžu, podiatra konsultācijām un pakalpojumiem, pēdu aprūpes pakalpojumiem;

4.2.2. redzes korekcijas operācijām, kas tiek veiktas ar lāzera tehnoloģiju, radzenes refraktīvo terapiju, vēnu operācijām, skleroterapiju un maksas pakalpojumiem, tajā skaitā paaugstināta servisa pakalpojumiem saistībā ar operācijām, kas netiek apmaksātas saskaņā ar noslēgtā Apdrošināšanas līguma noteikumiem;

4.2.3. optikas izstrādājumu, palīglīdzekļu (piemēram, korsetes, fiksatori, elastīgās saites, ģipsis, kompresijas zeķes, ortopēdiskās zolītes, higiēniskie komplekti), operācijās izmantojamo audu aizstājējmateriālu (piemēram, implanti, protēzes, sietiņi) iegādi;

4.2.4. C un hronisko vīrusu hepatīta, kā arī Hansena slimības rezultātā radušos veselības bojājumu ārstēšanu;

4.2.5. seksuāli transmisīvo slimību, HIV un AIDS, spirohetu, hlamīdiju infekcijas slimību, sēnīšu slimību, alkoholisma, narkomānijas, toksikomānijas diagnostiku un ārstēšanu, kā arī par pakalpojumiem, kas veikti alkohola, narkotisko un toksisko vielu klātbūtnes organismā noteikšanai;

4.2.6. anonīmi veiktām konsultācijām, kā arī par anonīmi veiktiem diagnostikas, ārstniecības un profilakses pasākumiem;

4.2.7. pirmstermiņa medicīnisko veselības pārbaudi transportlīdzekļu vadītājiem;

4.2.8. terapiju ar imūnglobulīnu, intravenozo un orgānu lāzerterapiju, autohemoterapiju, baroterapiju;

4.2.9. psihologa, psihoterapeita, psihiatra, narkologa, hipnologa, seksopatologa, androloga, ģenētiķa, logopēda, foniatra, trihologa, osteopāta, osteorefleksoterapeita, tehniskā un protēžu ortopēda, ergoterapeita, sporta ārsta, rehabilitologa jeb fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta, dietologa, homeopāta, zobārsta, dermatologa, kosmetologa un kosmētiķa konsultācijām vai pakalpojumiem;

4.2.10. netradicionālās medicīnas pakalpojumiem (piemēram, adatu terapija, iridodiagnostika, biomagnētiskā rezonanse, elektropunktūra);

4.2.11. maksas pakalpojumiem, kas saistīti ar grūtniecību, diagnostiku auglim, dzemdībām;

4.2.12. grūtniecības pārtraukšanu bez medicīniskām indikācijām un to seku ārstēšanu, kā arī par pakalpojumiem, kas saistīti ar ģimenes plānošanu (piemēram, kontracepcija, neauglības ārstēšana un izmeklēšana, mākslīgā apaugļošana, ģenētiskie izmeklējumi);

4.2.13. iedzimtu patoloģiju, deģeneratīvu saslimšanu un psihisku slimību diagnostiku vai ārstēšanu;

4.2.14. vispārējo ķermeņa masāžu, prostatas vai ginekoloģisko masāžu, vispārējo ķermeņa diagnostiku, polisomnogrāfiju, miega traucējumu izmeklējumiem vai ārstēšanu, ambulatorās rehabilitācijas pakalpojumiem stacionārā vai rehabilitācijas centros, uzturēšanos pa nakti dienas stacionārā;

4.2.15. kapsulas endoskopiju;

4.2.16. veselības aprūpes valsts programmā ietilpstošo slimību ārstēšanu maksas pakalpojumu apmērā;

- 4.2.17. maksājumiem par ārsta izvēli operācijās;
- 4.2.18. pakalpojumiem, kas saņemti Ārstniecības iestāžu reģistrā neregistrētā ārstniecības iestādē un pie Ārstniecības personu reģistrā neregistrētas personas;
- 4.2.19. pakalpojumiem, kas tiek veikti ar Latvijas Republikā neapstiprinātu medicīnas tehnoloģiju, vai nav iekļauti Ārstniecības iestādes cenrādī (piemēram, ārsta honorārs);
- 4.2.20. medicīnisko dokumentu noformēšanu un medicīnisko izmeklējumu izdrukām, ierakstiem un citiem datu nesējiem kā atsevišķu pakalpojumu, tajā skaitā 3 un 4 dimensiju izmeklējumi saistībā ar grūtniecību;
- 4.2.21. pakalpojumiem, kuri nozīmēti bez medicīniskām indikācijām, kā arī izdevumus par vispārējo profilaktisko veselības pārbaudi (check-up u.c.);
- 4.2.22. pakalpojumiem, kas izvēlētajā Apdrošināšanas programmā minēti kā neapmaksājami pakalpojumi;
- 4.2.23. izglītojoši informatīvām nodarbībām, lekcijām vai kursiem;
- 4.2.24. Apdrošinātā radnieka vai tuvas personas uzturēšanos stacionārā;
- 4.2.25. pirmsoperācijas un pēcoperācijas aprūpes līgumos iekļautiem pakalpojumiem.

5. APDROŠINĀJUMA SUMMA

Apdrošinājuma summa	5.1. Apdrošinājuma summa tiek noteikta Apdrošinājuma ņēmējam un BTA vienojoties un tiek norādīta Apdrošināšanas līgumā.
Limits	5.2. Apdrošinājuma ņēmējam un BTA vienojoties, atsevišķiem pakalpojumiem Apdrošināšanas līgumā var noteikt Limitu.

6. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA, APDROŠINĀTĀ UN BTA PIENĀKUMI

Pienākums sniegt informāciju	6.1. Noslēdzot Apdrošināšanas līgumu, Apdrošinājuma ņēmēja un Apdrošinātā pienākums ir sniegt precīzu un patiesu informāciju, kuru pieprasa BTA, un, kas nepieciešama Apdrošināšanas līguma noslēgšanai un izpildīšanai.
Apdrošinājuma ņēmēja pienākumi pēc Apdrošināšanas līguma noslēgšanas	6.2. Pēc Apdrošināšanas līguma noslēgšanas Apdrošinājuma ņēmējam ir pienākums: <ul style="list-style-type: none"> 6.2.1. informēt Apdrošinātos par Apdrošināšanas līguma noslēgšanu viņu labā un iepazīstināt ar Apdrošināšanas programmām un Apdrošināšanas līguma noteikumiem, kā arī izskaidrot viņiem no Apdrošināšanas līguma izrietošās tiesības un pienākumus; 6.2.2. samaksāt Apdrošināšanas prēmiju Apdrošināšanas līgumā noteiktajā apjomā un termiņā.
Apdrošinātā pienākumi Apdrošināšanas līguma darbības laikā	6.3. Apdrošinātā pienākumi ir: <ul style="list-style-type: none"> 6.3.1. rūpēties par savas veselības saglabāšanu, bet saslimšanas gadījumā ievērot ārstējošā ārsta norādījumus; 6.3.2. nepieļaut iespēju citai personai izmantot viņa Apdrošināšanas karti, bet Apdrošināšanas kartes nozaudēšanas gadījumā nekavējoties, tiklīdz tas kļuvis iespējams, ziņot BTA; 6.3.3. pirms pakalpojuma saņemšanas BTA līgumiestādē, uzrādīt BTA Apdrošināšanas karti un Apdrošinātā personu apliecinošu dokumentu; 6.3.4. sekot līdzi, tajā skaitā, vēršoties pēc informācijas BTA, izmaksātās Apdrošināšanas atlīdzības apmēram, lai tas nepārsniegtu Apdrošināšanas līgumā noteikto Apdrošinājuma summu un Limitu; 6.3.5. ievērot noteikumus un pienākumus, kas paredzēti jebkurā citā Apdrošināšanas līguma dokumentā, piemēram, Apdrošināšanas programmu aprakstos un Papildu noteikumos
Apdrošinātā	6.4. Lai BTA izmaksātu apdrošināšanas atlīdzību, Apdrošinātajam

**pienākumi,
iestājoties
iespējamajam
apdrošināšanas
gadījumam**

**Pienākumi
Apdrošināšanas
kartes
nozaudēšanas,
sabojāšanas
gadījumā**

**Pienākumu
neizpildes sekas**

**Apdrošinājuma
ņēmēja un
Apdrošinātā
solidāra
atbildība**

BTA pienākumi

nekavējoties, tiklīdz tas kļuvis iespējams, ir pienākums iesniegt BTA:

6.4.1. aizpildītu un parakstītu noteiktas formas veselības apdrošināšanas atlīdzības pieteikumu;

6.4.2. personificētu maksājuma dokumenta oriģinālu vai Apdrošinātā apliecinātu tā kopiju, kurā ir norādīta šāda informācija: pakalpojuma sniedzējs, pakalpojuma saņēmējs, pakalpojuma nosaukuma atšifrējums, skaits, cena, saņemšanas datums;

6.4.3. citus BTA pieprasītos dokumentus par Apdrošinātā saņemtajiem pakalpojumiem, lai BTA varētu konstatēt ar Apdrošināšanas gadījumu saistītos apstākļus vai noteikt izmaksājamās Apdrošināšanas atlīdzības apmēru.

6.5. Apdrošinājuma ņēmējam vai Apdrošinātajam ir pienākums samaksāt BTA EUR 4,- (četrus eiro) par jaunas Apdrošināšanas kartes izgatavošanu, ja:

6.5.1. Apdrošinājuma ņēmēja vai Apdrošinātā vainas dēļ Apdrošināšanas kartē ir kļūda;

6.5.2. Apdrošināšanas karte ir nozaudēta vai nolaupīta.

Gadījumā, ja Apdrošināšanas karte ir nolaupīta, tad Apdrošinātajam ir pienākums nekavējoties rakstveidā informēt par to BTA. Pretējā gadījumā Apdrošinātajam būs pienākums atlīdzināt visus zaudējumus un izdevumus, kas BTA būs radušies;

6.5.3. uz Apdrošināšanas kartes uzdrukātie Apdrošinātā dati ir mainījušies (piemēram, uzvārda maiņas gadījumā).

6.6. Gadījumā, ja Apdrošinājuma ņēmējs vai Apdrošinātais ar ļaunu nolūku vai rupju neuzmanību nav izpildījis kādu no šajos noteikumos vai citos Apdrošināšanas līguma dokumentos minētajiem pienākumiem, tad BTA ir tiesības atteikt izmaksāt Apdrošināšanas atlīdzību.

BTA var samazināt Apdrošināšanas atlīdzību, bet ne vairāk kā par 50% (piecdesmit procentiem), ja Apdrošinājuma ņēmējs vai Apdrošinātais vieglas neuzmanības dēļ nav izpildījis kādu no šajos noteikumos vai citur Apdrošināšanas līgumā minētajiem pienākumiem.

6.7. Apdrošinājuma ņēmējs un Apdrošinātais ir solidāri atbildīgi par to, ka Apdrošinātais ievēros Apdrošināšanas līgumā noteikto. Saņemot no BTA attiecīgu pretenziju, Apdrošinājuma ņēmējam un Apdrošinātajam ir pienākums ne vēlāk kā 10 (desmit) darba dienu laikā atmaksāt BTA naudas summas, ko BTA būs samaksājusi BTA līgumiestādei par Apdrošinātā saņemtajiem pakalpojumiem:

6.7.1. pārsniedzot Apdrošināšanas līgumā noteikto Apdrošinājuma summu;

6.7.2. pārsniedzot Apdrošināšanas līgumā noteikto Limitu, tajā skaitā apmaksāto pakalpojumu skaitu;

6.7.3. kas saskaņā ar noslēgto Apdrošināšanas līgumu netiek apmaksāti.

6.8. BTA ir pienākums:

6.8.1. izgatavot un iesniegt Apdrošinājuma ņēmējam Apdrošināšanas kartes;

6.8.2. iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, izmaksāt Apdrošināšanas atlīdzību atbilstoši Apdrošināšanas līguma noteikumiem;

6.8.3. pēc Apdrošinātā pieprasījuma, informēt par atlikušo Apdrošinājuma summas vai Limita apmēru;

6.8.4. apstrādāt Apdrošinātā personas datus, tajā skaitā sensitīvos personas datus, kas nonākuši BTA rīcībā, noslēdzot Apdrošināšanas līgumu, tā darbības laikā, kā arī pēc tā darbības termiņa beigām, ar mērķi nodrošināt veselības Apdrošināšanas līguma izpildi, ievērojot Latvijas Republikas „Fizisko personu datu aizsardzības likumu”, un

izpaust vienīgi Latvijas Republikas normatīvajos aktos paredzētajos gadījumos.

7. APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBA

**Apdrošināšanas
atlīdzības izmaksas
kārtība**

7.1. BTA izmaksā Apdrošināšanas atlīdzību:

7.1.1. Apdrošinātajam vai viņa norādītajai personai, ja viņš pats vai cita persona ir veikuši samaksu par Apdrošinātajam sniegtajiem pakalpojumiem;

7.1.2. BTA līgumiestādei par Apdrošinātajam sniegtajiem pakalpojumiem, kurus Apdrošinātais vai cita persona nav apmaksājušas.

BTA līgumiestādes

7.2. Aktuālais BTA līgumiestāžu saraksts ir publicēts BTA mājas lapā internetā: <http://www.bta.lv>. Apdrošināšanas līguma darbības laikā BTA ir tiesības vienpersoniski izdarīt grozījumus BTA līgumiestāžu sarakstā un attiecīgie grozījumi Apdrošinātajam ir saistoši no brīža, kad tie ir publicēti BTA mājas lapā internetā: <http://www.bta.lv>.

8. PĀRĒJIE NOTEIKUMI

**Informācijas
konfidencialitāte**

8.1. Puses apņemas neizpaust Apdrošināšanas līguma noteikumus un Apdrošināšanas līguma ietvaros saņemto konfidenciālo informāciju par Apdrošināšanas līguma dalībniekiem vai trešajām personām, kā arī neizmantojot to pretēji pārējo Apdrošināšanas līguma dalībnieku interesēm, izņemot Latvijas Republikā spēkā esošajos normatīvajos aktos noteiktos gadījumos. BTA ir tiesības sniegt ar Apdrošināšanas līgumu saistīto informāciju ekspertiem, pārapsūdzētajiem, kā arī glabāt to BTA datu bāzēs.

**Strīdu izskatīšanas
kārtība**

8.2. Visi strīdi, kas rodas starp Apdrošināšanas līguma pusēm, tiek risināti sarunu ceļā. Ja savstarpēja vienošanās netiek panākta, jebkurš strīds, domstarpība vai prasība, kas izriet no Apdrošināšanas līguma, kas skar to vai tā pārkāpumu, izbeigšanu vai spēkā neesamību, tiks galīgi izšķirta Latvijas Republikas tiesā, Latvijas Republikā spēkā esošajos normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā, ja Apdrošināšanas līgumā BTA un Apdrošinājumaņēmējs nav vienojušies par citu strīdu izskatīšanas kārtību.

8.3. Apdrošinājumaņēmējam un Apdrošinātajam nav tiesību cedēt trešajām personām nekādas savas no apdrošināšanas līguma izrietošās, tajā skaitā jau pastāvošās vai iespējamās prasījuma tiesības.

Dokumentu prioritāte

8.4. Ja tiek konstatētas pretrunas starp šiem noteikumiem un Apdrošināšanas programmas noteikumiem, tad pusēm saistoši Apdrošināšanas programmas noteikumi.

**Piemērojamie
normatīvie akti**

8.5. No Apdrošināšanas līgumiem izrietošo līgumisko attiecību noregulēšanai tiks piemēroti Latvijas Republikas normatīvie akti.

8.6. Šie noteikumi ir publicēti BTA mājas lapā Internetā: <http://www.bta.lv/noteikumi>.

8.7. Šie noteikumi tiek piemēroti Apdrošināšanas līgumiem, kas noslēgti, sākot ar 2013. gada 1. oktobri, ja puses Apdrošināšanas līgumā nav vienojušās savādāk.

Pasūtītāja vārdā:

Izpildītāja vārdā:

/R.Balodis -Bolužs

Direktors _____/

/ E.Matveja /

Valdes locekle