

TEHNISKĀ SPECIFIKĀCIJA/TEHNISKAIS PIEDĀVĀJUMS (forma)

atklāts konkurss "Darbinieku veselības apdrošināšana",
Iepirkuma identifikācijas Nr. Rīgas 2.slimnīca 2026/25 AK

I. TEHNISKĀ PIEDĀVĀJUMA DOKUMENTI

Tehniskajā piedāvājumā iekļauj šādu informāciju un pievieno šādus dokumentus:

- D1. Veselības apdrošināšanas programmas ar pasūtītājam piedāvātajiem īpašajiem nosacījumiem, piedāvātajiem papildinājumiem programmām un skaidri atšifrētiem limitiem, apakšlimitiem, atlaižu apmēriem, pakalpojumu apmaksas cenrāžiem (cenrāži ir iesniedzami tikai atsevišķa dokumenta veidā, nedublējot tos apdrošināšanas programmās), ierobežojumiem, kā arī izsmēlošs visu to pakalpojumu un pozīciju izņēmumu saraksts, kurus pretendents neapmaksās, apkopojot tos šādās grupās:
- D1.1. vispārējie izņēmumi (piemēram, kosmetoloģiskie pakalpojumi);
- D1.2. diagnozes;
- D1.3. ārstu-speciālistu konsultācijas (piemēram, trihologa konsultācijas);
- D1.4. instrumentālie diagnostiskie izmeklējumi (piemēram, kapsulas endoskopija);
- D1.5. manipulācijas, terapijas procedūru veidi, citi izņēmumi.
- D1.6. stacionārās veselības aprūpes izņēmumi. Izņēmumu un ierobežojumu saraksts ir iesniedzams tikai viena atsevišķa dokumenta veidā, nedublējot tos apdrošināšanas programmā. Nav pieļaujams, ka izņēmumu un ierobežojumu sarakstā ir ietvertas atsauces uz citiem piedāvājuma dokumentiem, piemēram, veselības apdrošināšanas noteikumiem. Izņēmumi un ierobežojumi, kas nebūs norādīti pretendenta tehniskā piedāvājuma atbilstošajā dokumentā, Pasūtītājam nebūs saistoši.
- D2. Visu piedāvāto pakalpojumu saraksts, kuri visās līgumiestādēs ir saņemami tikai ar sākotnēju pilnu norēķinu no apdrošinātās personas līdzekļiem, piemēram, psihoterapeita konsultācijas, kā arī pakalpojumi, kuru saņemšana ar karti programmā noteikto limitu ietvaros tiek ierobežota atkarībā no saņemto pakalpojumu skaita, biežuma vai jebkuriem citiem apstākļiem. Sarakstā obligāti ir jāsniedz informācija, vai atkarībā no pretendenta un līgumiestāžu sadarbības nosacījumiem, programmā ir ietverti pakalpojumi, kuri līgumiestādē (-s) nav ietverti apmaksājamo pakalpojumu sarakstā (t.s. "nenopirktie" pakalpojumi), norādot pakalpojumu grupas, kurās ietilpst šādi pakalpojumi, piemēram, ārstu-speciālistu konsultācijas. Piedāvājumā ir jābūt norādei arī gadījumā, ja visus pārējos, izņemot visās līgumiestādēs tikai no personīgajiem līdzekļiem apmaksājamās, apdrošināšanas segumā iekļautos pakalpojumus programmā noteikto limitu ietvaros ir iespējams saņemt, uzrādot individuālo veselības apdrošināšanas karti, kā arī nepastāv citi ierobežojumi pakalpojumu saņemšanai ar karti.
- D3. Medicīnisko pakalpojumu netiešās apmaksas kārtība iestādēs, kas nav pretendenta līgumiestādes, vai citos gadījumos, kad apdrošinātā persona līgumiestādēs veikusi norēķinu no saviem līdzekļiem, t.sk. iesniedzamie dokumenti, atlīdzības saņemšanas kārtība, termiņi un iespējas saņemt atlīdzību apdrošinātāja birojā, minimālās un maksimālās vienā reizē izmaksājamās atlīdzības.
- D4. Piedāvātajai apdrošināšanas programmai atbilstošie un spēkā esošie veselības apdrošināšanas noteikumi. Ja noteikumi ir publiski pieejami pretendenta tīmekļvietnē, pretendents tehniskajā piedāvājumā norāda noteikumu nosaukumu, nr. un saiti uz tīmekļvietni. Gadījumā, ja spēkā esošie veselības apdrošināšanas noteikumi ir pretrunā ar pārējo pretendenta tehnisko piedāvājumu, pretendents pievieno apliecinājumu par pārējā tehniskā piedāvājuma nosacījumu prioritāti.
- D5. Pretendenta apmaksāto laboratorisko izmeklējumu saraksts saskaņā ar Nolikuma 6. pielikumā esošo formu. Ja izmeklējums tiek apmaksāts, atbilstošais lauks ir jāiezīmē ar "x". Ja izmeklējums netiek apmaksāts, atbilstošais lauks nav jāaizpilda.
- D6. Numurēts Pretendenta ārstniecības līgumiestāžu saraksts Rīgas administratīvajā teritorijā, norādot pakalpojumu grupas, kurās norēķins tiek nodrošināts ar Karti, t.sk. 1) pacientu līdzmaksājumi un maksas pakalpojumi - 2) ārstu konsultācijas, 3) laboratoriskie izmeklējumi, 4) instrumentālie diagnostiskie izmeklējumi, 5) vakcinācija, 6) medicīniskās izziņas, 7) obligātās veselības pārbaudes, 8) ambulatorā rehabilitācija un fizikālās terapijas procedūras, 9) stacionārās veselības aprūpes pakalpojumi, kā arī numurēti līgumiestāžu saraksti pakalpojumiem, kas paredzēti papildprogrammās. Pamatprogrammas un papildprogrammu līgumiestāžu sarakstus ir pieļaujams apvienot vienā sarakstā. Ja prasībām atbilstoša informācija pilnā apmērā ir publiski pieejama pretendenta tīmekļvietnē, pretendents tehniskajā piedāvājumā norāda saiti uz tīmekļvietni.
- D7. Informācija par kārtību un termiņiem, veicot izmaiņas apdrošināto personu sarakstā.
- D8. Informāciju par apmaksas termiņu, kārtību, kartes saņemšanas iespējām un cita svarīga informācija personām, kuri veselības apdrošināšanas polises iegādāsies par personīgajiem līdzekļiem.

II. PRASĪBAS IEPIRKUMA PRIEKŠMETAM		
Pasūtītāja izvirzītās prasības veselības aprūpes pakalpojumu apjomam, apdrošinājuma summām, atlaidēm un apmēriem, kādos tie jānodrošina pretendenta:		
Nr. p.k.	Obligātās minimālās prasības veselības apdrošināšanas programmai	Pretendenta piedāvājums ¹
I.	Pamatprogramma “Ambulatorā un stacionārā aprūpe I”	
1.	Finansējuma avots – pasūtītāja līdzekļi 100% apmērā.	
2.	Kopējā apdrošinājuma summa jebkurai valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu pacienta līdzmaksājumam, maksas ambulatorai un stacionārai veselības aprūpei ne mazāka par 2 500,00 EUR gadā.	
3.	Jebkuru valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu pacienta līdzmaksājumi jāapmaksā 100% apmērā.	
4.	Maksas AMBULATORĀS VESELĪBAS APRŪPES pakalpojumi jāapmaksā kopējās apdrošinājuma summas ietvaros.	
4.1.	Bez ārstējošā ārsta (ģimenes ārsta, ārsta-speciālista u.c.) nosūtījuma:	
4.1.1.	<p>Ārstu – ģimenes ārstu un ārstu – speciālistu, t.sk. augsti kvalificētu speciālistu (atbilstoši veselības aprūpes iestāžu klasifikācijai, piemēram, medicīnas doktoru un nodaļu vadītāju) konsultācijas, t.sk. maksas ģimenes ārsta, internista, algologa, alergologa, dermatologa, endokrinologa, flebologa, ftiziatra, gastroenterologa, ginekologa, hematologa, hepatologa, imunologa, infektologa, kardiologa, ķirurga, neiroķirurga, nefrologa, neirologa, otolaringologa, oftalmologa, onkologa (līdz onkoloģiskas saslimšanas diagnozes noteikšanai), optometrista, ortopēda, osteodensimetrijas speciālista, proktologa, pulmanologa, reimatologa, traumatologa, urologa, vertebrologa; divu ar rehabilitāciju saistīto speciālistu (piemēram, rehabilitologa, fizioterapeita) konsultāciju apmaksu. Atlīdzības limits ne mazāks par 25,00 EUR vienai pirmreizējai un atkārtotai konsultācijai.</p> <p>Seguma paplašināšana, apmaksāto konsultāciju sarakstā iekļaujot tehniskā ortopēda un citu augstāk nenosaukto ārstu-speciālistu konsultācijas, kā arī homeopāta, osteopāta un/vai podologa konsultācijas, piedāvājuma vērtēšanā tiks uzskatīta par priekšrocību.</p> <p>Piedāvātā atlīdzības limita vienai konsultācijai ietvaros ir jānodrošina arī attālināto konsultāciju apmaksa, ja šādas konsultācijas tiek sniegtas un ir ietvertas medicīnas iestādes pakalpojumu cenrādī.</p>	
4.1.2.	Ārstniecības personu mājas vizītes , t.sk. ģimenes ārstu un internistu apmeklējums (ieskaitot transporta pakalpojumus). Atlīdzības limits ne mazāks par 25,00 EUR vienai vizītei.	
4.1.3.	Veselības pārbaudes medicīniskās dokumentācijas noformēšanai - medicīniskās izziņas (piemēram, autovadītājiem, ieroču iegādes atļaujas saņemšanai), t.sk. atsevišķu ārstu atzinumi, kas iekļauti šīs izziņas saņemšanas procesā. Atlīdzības limits ne mazāks par 30,00 EUR vienai izziņai.	
4.1.4.	Jebkura profilaktiskā vakcinācija (t.sk. apskate pirms vakcinācijas, vakcīna un injekcija) saskaņā ar vakcinācijas kalendāru, t.sk. pret ērcu encefalītu, gripu, kopējā 60,00 EUR gada apakšlimes ietvaros.	

¹ Prasības izpilde jāapliecina ar ierakstu “*Apliecinām izpildi*”, kā arī jānorāda uzlabojumi, ja tādi ir. **Ja prasība tiek izpildīta bez uzlabojumiem, tā pretendenta piedāvājumā nav jāatkarā. Uzlabojumi jānorāda, neatkarīgi no visu prasības tekstu.**

4.1.5.	Maksa par valsts neatliekamās medicīniskās palīdzības izsaukumu 100% apmērā, ja izsaukums tiek atzīts par nepamatotu.	
4.1.6.	Valsts noteiktās obligātās veselības pārbaudes saskaņā ar spēkā esošajiem Latvijas Republika Ministru Kabineta noteikumiem noteikumiem, t.sk., iepriekš saskaņojot ar pasūtītāju, nodrošinot izbraukuma obligātās veselības pārbaudes. Līgumiestādēs pakalpojuma apmaksa 100% apmērā.	
4.2.	Ar ārstējošā ārsta (ģimenes ārsta, ārsta-speciālista u.c. – pēc apdrošinātās personas izvēles) nosūtījumu.	
4.2.1.	Plaša apjoma laboratoriskie izmeklējumi (ietverot pilnu maksu par materiāla noņemšanu, apstrādi un glabāšanu), t.sk. hematoloģija (t.sk. pilna asins aina, leikocīti, trombocīti, retikulocīti), koaguloloģija, asinsgrupas noteikšana, aknu testi un fermenti (t.sk., ASAT, ALAT, bilirubīns, GGT, amilāze, lipāze, sārmainā fosfatāze), slāpekļa vielu maiņa (t.sk. kreatinīns, urea) iekaisuma marķieri (t.sk. RF, ASO, CRO, C3, C4), glikozes regulācija (t.sk. glikoze, insulīns, C peptīds), elektrolīti, lipīdi (t.sk. kopējais, augsta un zema blīvuma holesterīns), urīna, fēču izmeklējumi (t.sk. kopprogramma un slēptās asinis), vairogdziedzera hormoni (t.sk. T3, T4, Tireoglobulīns, TSH), onkocitoloģiskā izmeklēšana, histoloģisko un biopsijas materiālu izmeklēšana. Kardioloģisko marķieru (t.sk. troponīns I, kreatīnkināzes MB frakcija) un/ vai onkoloģisko marķieru (t.sk. CEA, PSA, CA-125) un/ vai vitamīnu un minerālvielu izmeklējumu un/ vai imūnhematoloģisko un/ vai alergēnu izmeklējumu un/ vai bakterioloģisko izmeklējumu iekļaušana apmaksājamo laboratorisko izmeklējumu sarakstā, vērtējot pretendenta piedāvājumu, tiks uzskatīta par priekšrocību.	
4.2.2.	Plaša apjoma instrumentālie diagnostiskie izmeklējumi bez ierobežojumiem konkrētām diagnozēm, t.sk. elektrokardiogrāfiskie, neiroelektrofizioloģiskie, rentgenoloģiskie, ultrasonogrāfiskie, funkcionālie kuņģa-zarnu trakta, galvas un ekstremitāšu maģistrālo asinsvadu, sirds neinvazīvie izmeklējumi (t.sk. veloergometrija), osteodensitometrija, elptests, mamogrāfija, dermatoskopija, redzes izmeklējumi, t.sk. kontrastvielas. Atlīdzības limits ne mazāks par 25,00 EUR vienam izmeklējumam. Augsto tehnoloģiju - endoskopiskie LOR, iegurnā un vēdera dobuma orgānu izmeklējumi, datortomogrāfiskie, magnētiskās rezonanses, scintigrāfijas u.c. izmeklējumi bez ierobežojumiem konkrētām diagnozēm, t.sk. kontrastvielas. Atlīdzību limiti: • endoskopiskajiem LOR, iegurnā un vēdera dobuma orgānu izmeklējumiem limits ne mazāks par 80,00 EUR vienam izmeklējumam; • datortomogrāfiskajiem izmeklējumiem, magnētiskās rezonanses, scintigrāfijas izmeklējumiem limits ne mazāks par 100,00 EUR vienam izmeklējumam. Kopējais atlīdzību apakšlimits visu šajā punktā nosaukto pakalpojumu apmaksai maksas ambulatorās veselības aprūpes limita ietvaros ne mazāks par 150,00 EUR gadā.	
4.2.3.	Visu veidu injekcijas, blokādes, infūzijas, pārsiešanas, sīkas ķirurģiskas operācijas, u.c. ārstnieciskās manipulācijas un procedūras . Atlīdzības limits ne mazāks par 15,00 EUR vienai	

	procedūrai vai manipulācijai, un ne mazāks par 35,00 EUR vienai epidurālās blokādes procedūrai.	
4.2.4.	Fizikālās terapijas procedūras , ne mazāk par 10 procedūrām gadā. Līgumiestādēs katra viena pakalpojuma apmaksa tiek nodrošināta 100% apmērā.	
4.2.5.	Ambulatorā rehabilitācija – papildsegums, kas nav obligāta prasība. Ambulatorā rehabilitācija saslimšanu un traumu gadījumā ar jebkura ārstējošā ārsta norīkojumu, bez apakšlimita vienai nodarbībai/procedūrai, neparedzot ierobežojumus kursu skaitam, veidam, diagnozēm, kopējais apakšlimits ne mazāks kā 50,00 EUR gadā, t.sk.	
4.2.5.1.	ārstnieciskā masāža;	
4.2.5.2.	manuālā terapija;	
4.2.5.3.	ūdens procedūras;	
4.2.5.4.	ārstnieciskā vingrošana individuāli vai grupās (tajā skaitā fizioterapeita vai rehabilitologa nodarbības);	
4.2.5.5.	teipošana, slinga terapija.	
4,2,5,6,	Tiek apmaksāti ambulatorās rehabilitācijas abonementi (maksājumu apliecinājoši dokumenti, kuros maksājuma datums nesakrīt ar pakalpojuma saņemšanas datumu).	
5.	Maksas STACIONĀRĀS VESELĪBAS APRŪPES pakalpojumi un ārstēšanās dienas stacionārā kopējās apdrošinājuma summas ietvaros. Limits vienam stacionēšanas gadījumam ne mazāks kā 300,00 EUR , t.sk.	
5.1.	Maksa par diennakts vai dienas stacionārā pavadīto gultas dienu .	
5.2.	Ārstu – speciālistu t.sk. augsti kvalificētu speciālistu konsultācijas, ārstnieciskās manipulācijas un procedūras.	
5.3.	Stacionārā izmantotie medikamenti .	
5.4.	Visa veida diagnostiskie un laboratoriskie izmeklējumi .	
5.5.	Ķirurģiskā ārstēšana , ietverot laparoskopiskās, mikroķirurģiskās, neiroķirurģiskās operācijas, endoprotezēšanas, glaukomas, kataraktas, mugurkaula, proktoloģiskās, kā arī kāju vēnu operācijas, ja saslimšana ar ārstējošā ārsta diagnozi saskaņā ar CEAP klīnisko klasifikatoru atbilst C4B vai smagākai stadijai.	
5.6.	Maksa par ārstēšanos paaugstināta servisa apstākļos (arī gadījumos, ja apmaksa par ārstēšanos tiek veikta pacienta līdzmaksājuma veidā).	
5.7.	Visi stacionārās maksas aprūpes pakalpojumi līgumiestādēs un ārpus tām jānodrošina limita par vienu stacionēšanas gadījumu ietvaros, nepiemērojot apakšlimitus.	
6.	ZOBĀRSTNIECĪBA. Sertificētu zobārstu (tai skaitā augsti kvalificētu) un higiēnistu pakalpojumu (ietverot maksu par izmantotajiem materiāliem, instrumentiem, rīkiem un palīgīdzekļiem) apmaksa 50% apmērā (bez jebkādu papildu cenrāžu piemērošanas) ar minimālo gada limitu ne mazāku kā 50,00 EUR (t.i. summa, ko apmaksā pretendents), ārstējoties pie jebkura ārsta jebkurā Latvijas Republikas Ārstniecības iestāžu un sertifikācijas reģistrā reģistrētā ārstniecības iestādē, tai skaitā:	
6.1.	Mutes dobuma higiēnas pasākumi vismaz 1 (vienu) reizi līguma darbības laikā.	
6.2.	Neatliekamā palīdzība akūtu zobu sāpju gadījumā.	
6.3.	Terapeitiskie un ķirurģiskie zobārsta pakalpojumi.	
6.4.	Vietējā anestēzija.	

6.5.	Diagnozes precizēšanai nepieciešamās rentgenogrammas.	
7.	Apdrošināšanas programmas īpašās prasības:	
7.1.	Pretenents ir tiesīgs noteikt viena pakalpojuma maksimālo apmaksas summu (piemērot cenrādi) tikai tiem maksas ambulatorajiem pakalpojumiem, kas norādīti tehniskās specifikācijas 4.1.1., 4.1.2., 4.1.3., 4.2.1., 4.2.2. un 4.2.3. apakšpunktos.	
II	Pamatprogramma “Ambulatorā un stacionārā aprūpe II”	
1.	Finansējuma avots – Pasūtītāja līdzekļi un apdrošināto darbinieku līdzfinansējums. Šīs programmas apdrošināto darbinieku skaitu nosaka pašu darbinieku izvēle. Programmas “Ambulatorā un stacionārā aprūpe I” apdrošināto darbinieku skaits automātiski samazinās atbilstoši darbinieku skaitam, kas izvēlējušies programmu “Ambulatorā un stacionārā aprūpe II”.	
2.	Kopējā apdrošinājuma summa jebkurai valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu pacienta līdzmaksājumam, maksas ambulatorai un stacionārai veselības aprūpei ne mazāka par 2 500,00 EUR gadā.	
3.	<ul style="list-style-type: none"> Jebkuru valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu pacienta līdzmaksājumi jāapmaksā 100% apmērā. 	
4.	Maksas AMBULATORĀS VESELĪBAS APRŪPES pakalpojumi jāapmaksā kopējās apdrošinājuma summas ietvaros.	
4.1.	Bez ārstējošā ārsta (ģimenes ārsta, ārsta-speciālista u.c.) nosūtījuma.	
4.1.1.	<p>Ārstu – ģimenes ārstu un ārstu – speciālistu, t.sk. augsti kvalificētu speciālistu (atbilstoši veselības aprūpes iestāžu klasifikācijai, piemēram, medicīnas doktoru un nodaļu vadītāju) konsultācijas, t.sk. maksas ģimenes ārsta, internista, algologa, alergologa, dermatologa, endokrinologa, flebologa, ftiziatra, gastroenterologa, ginekologa, hematologa, hepatologa, imunologa, infektologa, kardiologa, ķirurga, neiroķirurga, nefrologa, neirologa, otolaringologa, oftalmologa, onkologa (līdz onkoloģiskas saslimšanas diagnozes noteikšanai), optometrista, ortopēda, osteodensimetrijas speciālista, proktologa, pulmanologa, reimatologa, traumatologa, urologa, vertebrologa; divu ar rehabilitāciju saistīto speciālistu (piemēram, rehabilitologa, fizioterapeita) konsultāciju apmaksu.</p> <p>Atlīdzības limits ne mazāks par 45,00 EUR vienai pirmreizējai un atkārtotai konsultācijai.</p> <p>Seguma paplašināšana, apmaksāto konsultāciju sarakstā iekļaujot tehniskā ortopēda un citu augstāk nenosaukto ārstu-speciālistu konsultācijas, kā arī homeopāta, osteopāta un/vai podologa konsultācijas, piedāvājuma vērtēšanā tiks uzskatīta par priekšrocību.</p> <p>Piedāvātā atlīdzības limita vienai konsultācijai ietvaros ir jānodrošina arī attālināto konsultāciju apmaksa, ja šādas konsultācijas tiek sniegtas un ir ietvertas medicīnas iestādes pakalpojumu cenrādī.</p>	
4.1.2.	Ārstniecības personu mājas vizītes , t.sk. ģimenes ārstu un internistu apmeklējums (ieskaitot transporta pakalpojumus). Atlīdzības limits ne mazāks par 45,00 EUR veīnai vizītei.	

4.1.3.	Veselības pārbaudes medicīniskās dokumentācijas noformēšanai - medicīniskās izziņas (piemēram, autovadītājiem, ieroču iegādes atļaujas saņemšanai), t.sk. atsevišķu ārstu atzinumi, kas iekļauti šīs izziņas saņemšanas procesā. Pakalpojuma apmaksa 100% apmērā.	
4.1.4.	Jebkura profilaktiskā vakcinācija (t.sk. apskate pirms vakcinācijas, vakcīna un injekcija) saskaņā ar vakcinācijas kalendāru, t.sk. pret ērcu encefalītu, gripu, kopējā 60,00 EUR gada apakšlimi ietvaros.	
4.1.5.	Maksa par neatliekamās medicīniskās palīdzības izsaukumu:	
4.1.5.1.	maksa par privātās neatliekamās medicīniskās palīdzības izsaukumu Rīgā un Pierīgas novadu administratīvajās teritorijās;	
4.1.5.2.	maksa par valsts neatliekamās medicīniskās palīdzības izsaukumu 100% apmērā, ja izsaukums tiek atzīts par nepamatotu.	
4.1.6.	Valsts noteiktās obligātās veselības pārbaudes saskaņā ar spēkā esošajiem Latvijas Republika Ministru Kabineta noteikumiem noteikumiem, t.sk., iepriekš saskaņojot ar Pasūtītāju, nodrošinot izbraukuma obligātās veselības pārbaudes. Līgumiestādēs pakalpojuma apmaksa 100% apmērā.	
4.2.	Ar ārstējošā ārsta (ģimenes ārsta, ārsta-speciālista u.c. – pēc apdrošinātās personas izvēles) nosūtījumu.	
4.2.1.	Plaša apjoma laboratoriskie izmeklējumi (ietverot pilnu maksu par materiāla noņemšanu, apstrādi un glabāšanu), t.sk. hematoloģija (t.sk. pilna asins aina, leikocīti, trombocīti, retikulocīti), koaguloloģija, asinsgrupas noteikšana, aknu testi un fermenti (t.sk., ASAT, ALAT, bilirubīns, GGT, amilāze, lipāze, sārmainā fosfatāze), slāpekļa vielu maiņa (t.sk. kreatinīns, urea) iekaisuma marķieri (t.sk. RF, ASO, CRO, C3, C4), glikozes regulācija (t.sk. glikoze, insulīns, C peptīds), elektrolīti, lipīdi (t.sk. kopējais, augsta un zema blīvuma holesterīns), urīna, fēču izmeklējumi (t.sk. kopprogramma un slēptās asinis), vairogdziedzera hormoni (t.sk. T3, T4, Tireoglobulīns, TSH), onkocitoloģiskā izmeklēšana, histoloģisko un biopsijas materiālu izmeklēšana. Kardioloģisko marķieru (t.sk. troponīns I, kreatīnkināzes MB frakcija) un/ vai onkoloģisko marķieru (t.sk. CEA, PSA, CA-125) un/ vai vitamīnu un minerālvielu izmeklējumu un/ vai imūnhematoloģisko un/ vai alergēnu izmeklējumu un/ vai bakterioloģisko izmeklējumu iekļaušana apmaksājamo laboratorisko izmeklējumu sarakstā, vērtējot pretendenta piedāvājumu, tiks uzskatīta par priekšrocību.	
4.2.2.	Plaša apjoma instrumentālie diagnostiskie izmeklējumi bez ierobežojumiem konkrētām diagnozēm, t.sk. elektrokardiogrāfiskie, neiroelektrofizioloģiskie, rentgenoloģiskie, ultrasonogrāfiskie, funkcionālie kuņģa-zarnu trakta, galvas un ekstremitāšu maģistrālo asinsvadu, sirds neinvazīvie izmeklējumi (t.sk. veloergometrija), osteodensitometrija, elptests, mamogrāfija, dermatoskopija, redzes izmeklējumi, t.sk. kontrastvielas. Augsto tehnoloģiju - endoskopiskie LOR, iegurnā un vēdera dobuma orgānu izmeklējumi, datortomogrāfiskie, magnētiskās rezonanses, scintigrāfijas u.c. izmeklējumi bez ierobežojumiem konkrētām diagnozēm, t.sk. kontrastvielas.	

	Kopējais atlīdzību apakšlimits visu šajā punktā nosaukto pakalpojumu apmaksai maksas ambulatorās veselības aprūpes limita ietvaros ne mazāks par 350,00 EUR gadā.	
4.2.3.	Visu veidu injekcijas, blokādes, infūzijas, pārsiešanas, sīkas ķirurģiskas operācijas, u.c. ārstnieciskās manipulācijas un procedūras . Atlīdzības limits ne mazāks par 20,00 EUR vienai procedūrai vai manipulācijai, un ne mazāks par 45,00 EUR vienai epidurālās blokādes procedūrai.	
4.2.4.	Fizikālās terapijas procedūras , ne mazāk par 10 procedūrām gadā. Līgumiestādēs katra viena pakalpojuma apmaksa tiek nodrošināta 100% apmērā.	
4.2.5.	Ambulatorā rehabilitācija saslimšanu un traumu gadījumā ar jebkura ārstējošā ārsta norīkojumu, bez apakšlimita vienai nodarbībai/procedūrai, neparedzot ierobežojumus kursu skaitam, veidam, diagnozēm, kopējais apakšlimits ne mazāks kā 80,00 EUR gadā.	
5.	Maksas STACIONĀRĀS VESELĪBAS APRŪPES pakalpojumi un ārstēšanās dienas stacionārā kopējās apdrošinājuma summas ietvaros. Limits vienam stacionēšanas gadījumam 300,00 EUR , t.sk.	
5.1.	Maksa par diennakts vai dienas stacionārā pavadīto gultas dienu .	
5.2.	Ārstu – speciālistu t.sk. augsti kvalificētu speciālistu konsultācijas, ārstnieciskās manipulācijas un procedūras .	
5.3.	Stacionārā izmantotie medikamenti .	
5.4.	Visa veida diagnostiskie un laboratoriskie izmeklējumi .	
5.5.	Ķirurģiskā ārstēšana , ietverot laparoskopiskās, mikroķirurģiskās, neiroķirurģiskās operācijas, endoprotezēšanas, glaukomas, kataraktas, mugurkaula, proktoloģiskās, kā arī kāju vēnu operācijas, ja saslimšana ar ārstējošā ārsta diagnozi saskaņā ar CEAP klīnisko klasifikatoru atbilst C4B vai smagākai stadijai.	
5.6.	Maksa par ārstēšanos paaugstināta servisa apstākļos (arī gadījumos, ja apmaksa par ārstēšanos tiek veikta pacienta līdzmaksājuma veidā).	
5.7.	Visi stacionārās maksas aprūpes pakalpojumi līgumiestādēs un ārpus tām jānodrošina limita par vienu stacionēšanas gadījumu ietvaros, nepiemērojot apakšlimitus.	
6.	ZOBĀRSTNIECĪBA . Sertificētu zobārstu (tai skaitā augsti kvalificētu) un higiēnistu pakalpojumu (ietverot maksu par izmantotajiem materiāliem, instrumentiem, rīkiem un palīgīdzekļiem) apmaksa 75% apmērā (bez jebkādu papildu cenrāžu piemērošanas) ar minimālo gada limitu ne mazāku kā 150,00 EUR (t.i. summa, ko apmaksā pretendents), ārstējoties pie jebkura ārsta jebkurā Latvijas Republikas Ārstniecības iestāžu un sertifikācijas reģistrā reģistrētā ārstniecības iestādē, tai skaitā:	
6.1.	Mutes dobuma higiēnas pasākumi vismaz 1 (vienu) reizi līguma darbības laikā.	
6.2.	Neatliekamā palīdzība akūtu zobu sāpju gadījumā.	
6.3.	Terapeitiskie un ķirurģiskie zobārsta iestāžu pakalpojumi.	
6.4.	Vietējā anestēzija.	
6.5.	Diagnozes precizēšanai nepieciešamās rentgenogrammas.	
7.	Apdrošināšanas programmas īpašās prasības:	
7.1.	Nevienā no kvalitātes un funkcionalitātes rādītājiem, t.sk. apmaksājamo pakalpojumu klāsts, apmērs, līgumiestāžu skaits, pakalpojumu apjoms, kas ir saņemams ar Karti,	

	programma nedrīkst būt šaurāka par programmas “Ambulatorā un stacionārā aprūpe I” atbilstošajiem rādītājiem.	
7.2.	Pretendents ir tiesīgs noteikt viena pakalpojuma maksimālo apmaksas summu (piemērot cenrādi) tikai tiem maksas ambulatorajiem pakalpojumiem, kas norādīti tehniskās specifikācijas 4.1.1., 4.1.2., 4.1.5.1., 4.2.3. apakšpunktos.	
III	Kopējās apdrošināšanas līguma vispārējās un funkcionalitātes prasības programmām “Ambulatorā un stacionārā aprūpe I” un “Ambulatorā un stacionārā aprūpe II”:	
1.	Vispārējie noteikumi.	
1.1.	Kopējais apdrošināto personu skaits 325 ±10 % (desmit procenti). Precīzs apdrošināmo personu skaits un programmu dalījums tiks norādīts apdrošināšanas polises (turpmāk tekstā – Polise) noslēgšanas brīdī.	
1.2.	Veselības apdrošināšanas pakalpojuma sniegšanas termiņš ir 1 (viens) gads no 19.10.2024.	
1.3.	Apdrošināšanas perioda prēmija vienai Apdrošinātajai personai nedrīkst pārsniegt 310,00 EUR . Apdrošināšanas prēmija tiek apmaksāta 6 maksājumos saskaņā ar Līguma projekta 4.4 punktā noteikto kārtību.	
1.4.	Apdrošinātās personas jeb Apdrošinātie – Pasūtītāja darbinieki, neatkarīgi no vecuma un veselības stāvokļa, bez veselības deklarāciju aizpildīšanas, bez ierobežojumiem attiecībā uz veselības traucējumiem, kuri sākušās pirms Polises darbības sākuma, t.sk. hroniskām saslimšanās un traumām.	
1.5.	Atbilstoši Pasūtītāja iesniegtajos sarakstos norādītajam dalījumam, Pretendentam katrs Apdrošinātais jānodrošina ar individuālo plastikāta vai virtuālo veselības apdrošināšanas karti mobilajā lietotnē (turpmāk – Karte).	
1.6.	Visi Pretendenta piedāvājumā ietvertie pakalpojumi ir jāapmaksā visās Latvijas Republikas Ārstniecības iestāžu un sertifikācijas reģistrā reģistrētās ārstniecības iestādēs bez iepriekšējas saskaņošanas ar Pretendentu.	
1.7.	Polises darbības teritorija ir Latvijas Republika, operatīvais darbības laiks ir 24 stundas diennaktī, bez jebkādiem citiem ierobežojumiem.	
1.8.	Visi Pretendenta piedāvājumā ietvertie pakalpojumi visā Polises darbības laikā ir jāapmaksā, nepiemērojot nogaidīšanas periodu un ierobežojumus tādu saslimšanu un traumu ārstēšanai, kuras iestājušās pirms Polises darbības sākuma.	
1.9.	Pretendents Polises darbības laikā nedrīkst paaugstināt piedāvātā apdrošināšanas pakalpojuma cenu, samazināt un/vai pasliktināt Pretendenta piedāvājumā norādīto apdrošināšanas pakalpojumu apjomu un kvalitāti, kā arī jebkādā veidā grozīt nosacījumus attiecībā uz piedāvātā apdrošināšanas pakalpojuma sniegšanas kārtību.	
1.10.	Pasūtītājs nav atbildīgs par Pretendenta zaudējumiem gadījumos, kad Apdrošinātā persona Polises darbības laikā ir saņēmusi Pretendenta apmaksātus pakalpojumus, kas nav paredzēti Pretendenta piedāvājumā vai Pretendenta apmaksātus pakalpojumus pēc apdrošināšanas pārtraukšanas attiecībā uz Apdrošināto personu.	
2.	Līgumiestādes.	
2.1.	Pretendenta līgumiestāde (turpmāk – Līgumiestāde) šīs tehniskās specifikācijas un Nolikuma izpratnē ir Latvijas	

	Republikas normatīvajos aktos noteiktā kārtībā reģistrēta ārstniecības iestāde, aptieka vai sporta klubs, ar kuru piedāvājuma iesniegšanas brīdī Pretendents ir noslēdzis sadarbības līgumu un kur norēķinus par apdrošināšanas programmās iekļautajiem pakalpojumiem pacienta līdzmaksājuma un maksas pakalpojumu apmērā veic Pretendents.	
2.2	Pretendenta līgumiestāžu sarakstā obligāti iekļaujamās veselības aprūpes iestādes veselības aprūpes maksas pakalpojumu apjomā: SIA "Rīgas 1. slimnīca", SIA "Rīgas 2. slimnīca", SIA "E. Gulbja laboratorija", SIA "Veselības centrs 4", SIA "Medicīnas sabiedrība "ARS"", MFD grupa (SIA „Dziedniecība“, SIA „Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca“, VSIA "Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca", SIA "Rīgas veselības centrs" (t.sk. filiāles "Bolderāja", "Ilģuciems", "Imanta", "Kengarags", "Ziepniekkalns"), AS „Veselības centru apvienība” (t.sk. poliklīnikas "Pļavnieki", "Aura", "Pulss 5", "Jugla"). Augšminētās Līgumiestādes Pretendentam jānodrošina visā Polises darbības laikā.	
2.3.	Pretendentam Polises darbības laikā ir jānodrošina, ka tā piedāvājumā paredzētos pakalpojumus, norēķinoties ar Karti, ir iespējams saņemt visās Līgumiestādēs, kas iekļautas Pretendenta tīmekļvietnē publiski pieejamajā atbilstošās veselības apdrošināšanas programmas aktuālajā Līgumiestāžu sarakstā.	
2.4.	Piedāvājuma iesniegšanas brīdī esošā Līgumiestāžu skaita samazināšana Polises darbības laikā ir pieļaujama tikai gadījumos, kad Pretendents ir pārtraucis līgumattiecības ar kādu no Līgumiestādēm. Pretendentam ir jānodrošina informācijas par Līgumiestāžu skaita samazināšanu nosūtīšana Pasūtītāja kontaktpersonai 14 dienu laikā pēc līgumattiecību pārtraukšanas ar Līgumiestādi.	
3.	Nosacījumi attiecībā uz pakalpojumu saņemšanas un apmaksas kārtību.	
3.1.	Līgumiestādēs ir jānodrošina visu apdrošināšanas programmās nosaukto un apdrošinātās personas saņemto: •ambulatoro pakalpojumu apmaksa, uzrādot Karti; •stacionāro pakalpojumu apmaksa, uzrādot Karti vai Pretendenta garantijas vēstuli. Pretendentam ir tiesības noteikt, ka norēķini attiecībā uz tā piedāvātajiem programmas uzlabojumiem, t.i. pakalpojumiem, kas nav uzskaitīti šīs tehniskās specifikācijas minimālajās prasībās, kā arī tiem atsevišķiem šajā tehniskajā specifikācijā minētajiem pakalpojumiem, kuru apmaksu ar Karti atbilstoši Pretendenta spēkā esošajam līgumam ar tā Līgumiestādi nav iespējams nodrošināt, Līgumiestādēs ir jāveic no Apdrošinātā personīgajiem līdzekļiem.	
3.2.	Pretendentam nav tiesību paredzēt, ka kāds no tehniskās specifikācijas I un II sadaļas 4. punkta apakšpunktos nosauktajiem pakalpojumu veidiem (izņemot 4.1.2, 4.1.5., 4.2.4., 4.2.5. un 6. punktā apakšpunktā noteikto) līgumiestādē ir saņemams, tikai un vienīgi sākotnēji pilnībā norēķinoties no apdrošināto personu personiskajiem līdzekļiem.	
3.3.	Ja Apdrošinātais pakalpojumu saņēmis, veicot norēķinu no personīgajiem līdzekļiem, Pretendentam jānodrošina tam iesniegto maksājuma dokumentu apmaksa vai argumentētas	

	<p>apmaksas atteikuma vēstules nosūtīšana pēc iespējas īsākā laikā, bet ne vēlāk kā 5 darbdienās no dokumentu iesniegšanas brīža.</p> <p>Pretendentam ir jānodrošina apdrošināšanas atlīdzības pieteikumu dokumentācijas pieņemšana, izmantojot elektroniskās saziņas līdzekļus (klientu portāls, mobilā tālruņa aplikācija vai e-pasts).</p>	
3.4.	<p>Pretendentam 7 darbdienu laikā no Apdrošinātās personas attiecīga pieprasījuma saņemšanas ir jāsniedz izvērsts pamatojums, ietverot atsauci uz konkrētiem apdrošināšanas programmas izņēmumiem vai ierobežojumiem, ja apdrošināšanas atlīdzība tika atteikta pilnībā vai daļēji un Pretendenta sākotnēji sniegtā informācija par atteikumu nav bijusi pietiekama atteikuma iemesla noskaidrošanai.</p>	
3.5.	<p>Pretendentam ir jāparedz iespēja pieteikt apdrošināšanas atlīdzības šīs tehniskās specifikācijas 3.3. apakšpunktā noteiktajā kārtībā visā Polises darbības laikā un vismaz 1 mēnesi pēc Polises termiņa beigām, nepiemērojot jebkākus citus ierobežojošus terminus dokumentu iesniegšanai.</p>	
4.	Nosacījumi attiecībā uz pakalpojumu apmaksas apmēru.	
4.1.	<p>Pretendents maksas ambulatorajiem pakalpojumiem ir tiesīgs noteikt viena pakalpojuma maksimālo apmaksas summu (piemērot cenrādi), ievērojot konkrētajai apdrošināšanas programmai noteiktās prasības. Pretendents nav tiesīgs noteikt atšķirīgus apmaksāto summu apmērus citiem pakalpojumiem atkarībā no tā, vai pakalpojums saņemts Līgumiestādēs vai citās ārstniecības iestādēs, ja vien pakalpojums netiek apmaksāts 100% apmērā.</p>	
4.2.	<p>Nosakot apmaksātās summas apmēru programmās iekļautajiem pakalpojumiem, ja to pieļauj šīs tehniskās specifikācijas nosacījumi, Pretendents nav tiesīgs summas apmēru cenrādī norādīt procentos no ārstniecības iestādes cenrādī norādītās pakalpojuma cenas, izņemot gadījumus, kad pakalpojuma apmaksa tiek veikta ārstniecības iestādes cenrāža 100% apmērā, kā arī noteikt atšķirīgus apmaksājamo summu apmērus pirmreizējiem un atkārtoti saņemtiem pakalpojumiem.</p>	
4.3.	<p>Nevienu šīs tehniskās specifikācijas minimālajās prasībās nosaukto un savā piedāvājumā ietverto pakalpojumu veidu (t.sk. ārstu konsultācijas, instrumentālie diagnostiskie izmeklējumi) Pretendents nav tiesīgs sašaurināt,</p>	
4.3.1.	<p>piemērojot jebkāda veida izsmelošus apmaksājamo pozīciju sarakstus, izņemot apmaksātos laboratoriskos izmeklējumus, kuru izsmelošs saraksts tiek iesniegts Pretendenta tehniskā piedāvājuma ietvaros, ambulatoro rehabilitāciju un veselības veicināšanas (sporta) nodarbību papildprogrammu, kuru aprakstos pieļaujams norādīt izsmelošu apmaksāto pakalpojumu veidu uzskaitījumu,</p>	
4.3.2.	<p>nosakot pakalpojumu apmaksas ierobežojumus pēc skaita, biežuma vai citiem nosacījumiem,</p>	
4.3.3.	<p>nosakot papildu apakšlimitus.</p>	
4.4.	<p>Pretendentam ir tiesības piemērot apdrošināšanas seguma izņēmumus vai ierobežojumus attiecībā uz sniedzamo pakalpojumu klāstu, kuri nav tiešā pretrunā ar šajā tehniskajā specifikācijā ietvertajām obligātajām minimālajām prasībām, t.i. nosaukt konkrētas klīniskās medicīnas nozares, ārstu specialitātes, izmeklējumus, u.c. pakalpojumus, kuri</p>	

	apdrošināšanas programmas ietvaros netiks apmaksāti pilnībā vai daļēji.	
5.	Grozījumu veikšana polisē.	
5.1.	Pretendentam, jānodrošina iespēja Pasūtītājam veikt izmaiņas Apdrošināto personu sarakstā ne retāk kā 1 reizi mēnesī, izslēdzot no tā personas un pievienojot jaunas personas uz tādiem pašiem apdrošināšanas noteikumiem, kādi paredzēti Polisē. Apdrošinājuma summas un limiti ir jādrošina pilnā apmērā, neatkarīgi no Apdrošinātā apdrošināšanas termiņa.	
5.2.	Pretendentam, saņemot no Pasūtītāja informāciju par nepieciešamajām izmaiņām, 7 darba dienu laikā jānodrošina iespēja saņemt atbilstošu Polises pielikumu un Kartes.	
5.3.	Iekļaujot jaunas apdrošināmās personas, kā arī izslēdzot personas no Apdrošināto saraksta, Pretendentam jāveic prēmijas aprēķins proporcionāli atlikušajam Polises darbības periodam par pilniem mēnešiem (tas nozīmē, ka viena mēneša apdrošināšanas prēmija tiek noteikta kā 1/12 daļa no gada apdrošināšanas prēmijas), nepiemērojot Pretendenta administratīvos izdevumus par veicamajām izmaiņām, kā arī neņemot vērā izmaksātās un pieteiktās atlīdzības. Neizmantoto apdrošināšanas prēmijas daļu, kas aprēķināta, izslēdzot personas no Apdrošināto saraksta, Pretendents saskaņā ar Pasūtītāja norādījumiem vai nu pārskaita uz Pasūtītāja bankas norēķinu kontu, vai arī ietur turpmākajiem prēmiju maksājumiem.	
5.4.	Pretendents nepiemēro maksu par Kartes dublikāta izsniegšanu.	
6.	Citi Pretendenta pienākumi Polises darbības laikā.	
6.1.	Apdrošinātāja pienākums ir savlaicīgi informēt Apdrošinātos par Polises atlīdzību limitu sasniegšanu. Par savlaicīgu informēšanu tiek uzskatīts: <ul style="list-style-type: none"> • paziņojuma nosūtīšana uz darbinieka e-pastu, kas norādīts apdrošināmo sarakstā, kad izmaksāto atlīdzību apjoms sasniedzis 80% no ambulatoro pakalpojumu atlīdzību limita vai kopējās apdrošinājuma summas, vai • informācijas nodrošināšana apdrošinātāja mobilajā lietotnē/tīmekļvietnē par atlikušajiem limitiem. 	
6.2.	Ja Pretendentam ir attiecīgas tehniskas iespējas, tam ir jānodrošina Apdrošināto personu, kuras ir pārtraukušas darba attiecības ar Pasūtītāju un kuru individuālie apdrošināšanas līgumi ir izbeigti, Karšu izmantošanas iespējas pārtraukšana (bloķēšana).	
6.3.	Pēc Pasūtītāja pieprasījuma, 2 reizes attiecībā uz katru Polisi (vienu reizi apdrošināšanas periodā pēc Pasūtītāja izvēles un otru reizi – pēc Polises darbības beigām) 14 dienu laikā pēc pieprasījuma nosūtīšanas, Pretendentam jāiesniedz Pasūtītājam informācija tā pieprasītajā apjomā un formātā par Apdrošinātajām personām izmaksātajām atlīdzībām.	
IV	Papildprogrammas par darbinieku personīgajiem līdzekļiem.	
1.	Pretendentam jānodrošina iespēja pasūtītāja apdrošinātajiem darbiniekiem par to personīgajiem līdzekļiem iegādāties:	
2.	Veselības veicināšanas (sporta) nodarbību papildprogrammu: nodarbības 4 reizes mēnesī ar limitu 10,00 EUR par vienu nodarbību. Jāapmaksā veselības veicināšanas pasākumi, tai skaitā, <ul style="list-style-type: none"> • nodarbības treniņu zālē vai sporta klubā, 	

	<ul style="list-style-type: none"> • visa veida vingrošana, t.sk. aerobika, atlētika, kalanētika, pilates, joga, un tml., • peldbaseina pakalpojumi, • skvošs, teniss. <p>Jāapmaksā arī abonementi līdz 6 mēnešu periodam.</p>	
3.	<p>Medikamentu iegādes papildprogrammu ar 50% atlaidi un gada limitu 100,00 EUR (t.i. summa, ko apmaksā pretendents). Jāapmaksā ārstējošā ārsta vai ģimenes ārsta receptē izrakstīti un Latvijas Republikas Zāļu reģistrā reģistrēti medikamenti akūtu un hronisku slimību ārstēšanai, un profilaksei bez diagnožu, medikamentu cenu, skaita vai iegādes biežuma ierobežojuma jebkurā normatīvos aktos noteiktā kārtībā reģistrētā aptiekā.</p> <p>Līgumiestādēs ir jānodrošina pakalpojuma apmaksu, uzrādot Karti.</p>	
4.	Pretendenta finanšu piedāvājumā cena papildprogrammām norādāma neatkarīgi no personu skaita, kas izvēlēties attiecīgo papildprogrammu.	
5.	No pasūtītāja puses informācija par darbiniekiem, kuri iegādāsies papildprogrammas, tiks sniegta vienu reizi apdrošināšanas periodā, ne vēlāk kā 30 dienu laikā no līguma stāšanās spēkā brīža.	
6.	Apdrošināšanas prēmija par papildprogrammām pretendenta tiks iemaksāta bez pasūtītāja starpniecības.	
7.	Papildprogrammu seguma apliecināšanu dokumentu izsniegšana tiks nodrošināta ar pasūtītāja starpniecību.	
8.	Visi norēķini par papildprogrammu ietvaros saņemtajiem pakalpojumiem apdrošinātajām personām sākotnēji ir jāveic no to personīgajiem līdzekļiem.	
9.	Darbinieka individuālās polises pārtraukšanas gadījumā papildprogrammas neizmantotā prēmija netiek atgriezta.	
V	Darbinieku radnieku apdrošināšana.	
1.	Pretendentam jāpiedāvā iespēja pasūtītāja Darbinieku/Citu darbinieku radniekiem bez radniecības pakāpes ierobežojuma par personīgajiem līdzekļiem iegādāties Darbinieku/Citu darbinieku polisēm identiskas veselības apdrošināšanas polises, t.sk. papildprogrammas. Prēmijas koeficients nepārsniedz 1.5 Apdrošinot darbinieku radniekus, pretendents nav tiesīgs pieprasīt papildu informāciju par radnieku veselības stāvokli (veselības deklarāciju aizpildīšanu), kā arī noteikt jebkādas, t.sk. vecuma, ierobežojumus. Pretendents ir tiesīgs ierobežot maksimālo apdrošināto radnieku skaitu 10% apjomā no kopējā apdrošināto darbinieku skaita.	Pretendents norāda prēmijas koeficientu
2.	No pasūtītāja puses informācija par Darbinieku/Citu darbinieku radniekiem, kuri iegādāsies veselības apdrošināšanas polises, tiks sniegta vienu reizi apdrošināšanas periodā, ne vēlāk kā 30 dienu laikā no līguma stāšanās spēkā brīža.	
3.	Apdrošināšanas prēmija par Darbinieku/Citu darbinieku radnieku apdrošināšanu pretendenta tiks iemaksāta bez pasūtītāja starpniecības.	
4.	Darbinieku/Citu darbinieku radnieku veselības apdrošināšanas karšu un programmu aprakstu izsniegšana tiks nodrošināta ar pasūtītāja starpniecību.	