

TEHNISKĀ SPECIFIKĀCIJA
iepirkumam „Veselības apdrošināšana”
(identifikācijas Nr. PIEJURA 2018/3)

1. Vispārējie veselības apdrošināšanas pakalpojuma nosacījumi:

- 1.1. Plānotais apdrošināamo AAS „Piejūra” darbinieku skaits ir 63 cilvēki. Papildus paredzēta darbinieku skaita palielināšana par 15 cilvēkiem.
- 1.2. Kopējās apdrošināšanas prēmijas (līgumcenas) par 63 darbinieku apdrošināšanu (papildus paredzēta darbinieku skaita palielināšana par 15 cilvēkiem) tiks maksāta 4 (četros) vienādos maksājumos, bez papildus sadārdzinājuma un administratīvo izdevumu piemērošanas.
- 1.3. Pretendentam jānodrošina katrs apdrošinātais darbinieks ar individuālo veselības apdrošināšanas karti (turpmāk – Karte) un detalizētu veselības apdrošināšanas programmas aprakstu, tajā skaitā arī iekļaujot informāciju par apdrošināšanas atlīdzību saņemšanas kārtību un termiņiem, kā arī cenrādīs, kas tiek piemērots nelīguma iestādēs saņemto veselības aprūpes pakalpojumu apmaksai. Papildus Pretendentam ir jānodrošina informācijas pieejamība Apdrošinātajiem ar Pretendenta aktuālo līguma iestāžu sarakstu.
- 1.4. Kartēm ir jābūt izmantojamām visā Latvijas Republikas teritorijā, nodrošinot tās darbību 24 (divdesmit četras) stundas diennaktī, 7 dienas nedēļā.
- 1.5. Pretendentam ir jānodrošina plašas līguma iestāžu izvēles iespējas, tajā skaitā jānodrošina līguma iestāžu esamība arī katrā no tālāk nosauktajām pilsētām un novadiem – Jūrmala, Tukums un Tukuma novads, Talsi un Talsu novads.
- 1.6. Pretendentam jānodrošina apdrošināšanas segumā iekļauto pakalpojumu saņemšanas iespēja visās Pretendenta līguma iestādēs, kā arī jānodrošina pakalpojumu saņemšanas iespēja (apmaksā pēc atlīdzības pieteikuma saņemšanas) jebkurā citā Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem atbilstoši reģistrētā konkrētā pakalpojuma sniedzēja iestādē.
- 1.7. Pretendentam ir jānodrošina apdrošināšanas segumā iekļauto pakalpojumu saņemšana Pretendenta līguma iestādēs, uzrādot Karti un neveicot skaidras naudas norēķinus (tajā skaitā arī nenosakot termiņa un/vai reižu ierobežojumus pakalpojumu saņemšanai līguma iestādēs bezskaidras naudas norēķinu veidā).
- 1.8. Pretendentam pēc Pasūtītāja rakstiska pieprasījuma viena mēneša laikā ir jānoslēdz sadarbības līgums ar Pasūtītāja norādīto ārstniecības iestādi vai konkrēto licencēto ārstniecības pakalpojumu sniedzēju, ja Pretendents un attiecīgā ārstniecības iestāde vai konkrētais ārstniecības pakalpojumu sniedzējs spēj vienoties par sadarbības līguma nosacījumiem;
- 1.9. Visiem veselības apdrošināšanas programmās ietvertajiem veselības aprūpes pakalpojumiem (t.sk. arī gadījumos, ja apdrošināšanas segums nav spēkā pilnu apdrošināšanas periodu un/vai ārstēšanās nepieciešamība ir noteikta pirms apdrošināšanas spēkā stāšanās) jābūt pieejamiem pilnā apmērā sākot ar polises un Karšu pirmo darbības dienu un visā to darbības laikā.
- 1.10. Pretendentam apdrošinātajiem darbiniekiem ir jānodrošina iespēja iesniegt maksājumus apliecinājošos dokumentus atlīdzības saņemšanai (turpmāk – Atlīdzības pieteikumi) gan elektroniski, gan visās Pretendenta pārstāvniecībās par visiem apdrošināšanas segumā iekļautajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kas saņemti gan nelīguma iestādēs, gan līguma iestādēs gadījumā, ja darbiniekam par saņemto veselības aprūpes pakalpojumu nav bijusi iespēja norēķināties ar Karti.
- 1.11. Atlīdzības pieteikumus apdrošinātie darbinieki ir tiesīgi iesniegt ne mazāk kā 3 (trīs) mēnešu laikā no pakalpojuma saņemšanas dienas. Elektroniskos Atlīdzības pieteikumus darbinieki ir tiesīgi iesniegt no jebkuras sev pieejamas e-pasta adreses (gan darba, gan privātā, gan jebkura citas), kā arī Pretendents Atlīdzības pieteikuma iesniegšanai nav tiesīgs noteikt ierobežojumus e-pasta adreses nosaukumam.

- 1.12. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa vai Atlīdzības pieteikuma iesniedzēja (*kurš var arī nebūt pati apdrošinātā persona*) informēšana atteikuma vai daļējas izmaksas gadījumā (t.sk. norādot atteikto atlīdzības summu un detalizēti paskaidrojot atteikuma vai daļējas izmaksas iemeslu) par visiem tiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kuru apmaksu apdrošinātais darbinieks sākotnēji ir veicis no personīgajiem līdzekļiem, Pretendentam ir jāveic ne vēlāk kā 15 (piecpadsmit) kalendāro dienu laikā no nepieciešamo dokumentu saņemšanas dienas.
- 1.13. Pretendentam jānodrošina iespēja Pasūtītājam veikt izmaiņas apdrošināto darbinieku sarakstā ne retāk kā vienu reizi mēnesī visā apdrošināšanas polises darbības termiņa laikā, izslēdzot no tā bijušos darbiniekus un pievienojot jaunus darbiniekus uz tādiem pašiem apdrošināšanas nosacījumiem kā esošajiem darbiniekiem, tajā skaitā arī apdrošināšanas segumam saglabājot pilnu apdrošināšanas perioda apdrošinājuma summu/limitu. Iekļaujot jaunus apdrošināmos darbiniekus, kā arī izslēdzot bijušos darbiniekus no apdrošināto saraksta, Pretendentam jāveic prēmijas aprēķins proporcionāli atlikušajam periodam par pilniem mēnešiem (tas nozīmē, ka viena mēneša apdrošināšanas prēmija tiek noteikta kā 1/12 daļa no gada apdrošināšanas prēmijas). Aprēķinot prēmijas atlikumu par izslēgtajiem darbiniekiem, netiek ņemti vērā administratīvie izdevumi.
- 1.14. Pretendentam pēc apdrošināto pieprasījuma ir jānodrošina izziņu sagatavošana iesniegšanai VID par tiem Pretendentam iesniegtajiem čekiem, kuri saskaņā ar veselības apdrošināšanas programmu tiek apmaksāti daļēji.
- 1.14.1. Pretendentam jānodrošina Kartes dublikāta izgatavošana (arī izmaiņas personas datos) bez atsevišķas samaksas.
- 1.14.2. Pēc Pasūtītāja vai Pasūtītāja pilnvarotā brokera rakstiska pieprasījuma saņemšanas, Pretendentam jānodrošina informācijas sagatavošana un Pasūtītāja vai Pilnvarotā brokera, kurš veicis pieprasījumu informēšana par kopējo izmaksāto apdrošināšanas atlīdzību statistiku savu iespēju robežās norādot procentuālu izmaksu sadalījumu katrā no apdrošināšanas segumā iekļautajām veselības aprūpes pakalpojumu grupām.

2. Veselības apdrošināšanas pamata programmas seguma minimālās prasības:

- 2.1. **Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumi 100% apmērā** līguma iestādēs ar kopējo apdrošinājuma summu Polises darbības termiņa laikā ne mazāk kā **EUR 2 000.00** katram apdrošinātajam darbiniekam, tajā skaitā:
- 2.1.1. **Pacientu iemaksas pakalpojumi** 100% apmērā, kopējās apdrošinājuma summas ietvaros (tas ir, bez apakšlimita piemērošanas), atbilstoši spēkā esošajiem MK noteikumiem:
- Par ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumiem;
 - Par stacionārās veselības aprūpes pakalpojumiem, tajā skaitā arī stacionārā rehabilitācija;
 - Pacienta līdzmaksājums par vienā stacionēšanās reizē operāciju zālē veiktajām ķirurģiskajām manipulācijām.
- 2.1.2. **Maksas ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumi** 100% apmērā līguma iestādēs, ar kopējo atlīdzību limitu ne mazāk kā **EUR 700.00** Polises darbības termiņa laikā, neparedzot atsevišķus limitus/apakšlimitus par saslimšanas gadījumu, pakalpojuma saņemšanas reižu ierobežojumus, apakšlimitu kādam no apdrošināšanas segumā iekļautajām veselības aprūpes pakalpojumiem vai kādai no veselības aprūpes pakalpojumu grupām, kā arī nenosakot mēneša limitus veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanai līguma iestādēs bezskaidras naudas norēķinu veidā, tas ir, uzrādot Karti, tajā skaitā:
- **Maksas ārstu konsultācijas** bez norīkojuma, neierobežojot apmaksājamo klāstu tikai ar Pretendenta nosauktajiem speciālistiem, tajā skaitā – maksas ģimenes ārsta un/vai maksas terapeita konsultācijas, ārstniecības personu mājas vizītes un to laikā sniegtie medicīniskie pakalpojumi, ārstu- speciālistu konsultācijas (apmaksājot arī dermatologu konsultācijas neatkarīgi no saslimšanas diagnozes), kā arī augsti kvalificētu speciālistu (profesoru un docentu) konsultācijas (nelīguma iestādēs

saņemto maksas ārstu konsultāciju apmaksā ir jānodrošina ne mazāk kā EUR 28.00 apmērā par katru konsultāciju);

- **Plaša spektra laboratoriskie izmeklējumi**, tajā skaitā arī maksa par analīžu noņemšanu 100% apmērā gan līguma, gan nelīguma iestādēs;
- **Plaša spektra diagnostiskie izmeklējumi**, tajā skaitā - visa veida ultrasonogrāfiskie, doplerogrāfiskie izmeklējumi, holtera monitorēšana, endoskopiskie izmeklējumi, rentgenizmeklējumi ar vai bez kontrastvielas, scintigrāfija, datortomogrāfija, magnētiskā rezonanse ar un bez kontrastvielas un citi izmeklējumi jebkurai ķermeņa zonai/ orgānam, saskaņā ar Pretendenta piedāvājumu (nelīguma iestādēs saņemto dārgo diagnostisko izmeklējumu apmaksā jānodrošina ne mazāk kā: endoskopiskie izmeklējumi – EUR 70.00, scintigrāfija – EUR 80.00, datortomogrāfija – EUR 120.00, magnētiskā rezonanse – EUR 150.00);
- **Plaša spektra ārstnieciskās manipulācijas**, tajā skaitā apmaksājot manipulācijas arī dermatoloģijā, ginekoloģijā, ķirurģijā, otolaringoloģijā un citas manipulācijas;
- **Dažāda veida procedūras**, tajā skaitā dažādu medikamentu injekcijas, blokādes, punkcijas un citas procedūras;
- **Veselības pārbaudes medicīniskās dokumentācijas noformēšanai** (piemēram, autotransporta vadīšanai, ieroču nēsāšanas atļaujai) 100% apmērā gan līguma, gan nelīguma iestādēs;
- **Jebkura vakcinācija** 100% apmērā gan līguma, gan nelīguma iestādēs, limita ne mazāk kā EUR 60.00 Polises darbības termiņa laikā;
- **Neatliekamā medicīniskā palīdzība** jebkurā ar medicīniskās palīdzības sniegšanu saistītā izsaukumā, tajā skaitā gan valsts gan privātā neatliekamā palīdzība, 100% apmērā gan līguma, gan nelīguma iestādēs.

2.1.3. **Maksas stacionārās veselības aprūpes pakalpojumi gan diennakts, gan dienas stacionārā 100% apmērā gan līguma, gan nelīguma iestādēs**, kopējās apdrošinājuma summas ietvaros (tas ir, bez apakšlimīta piemērošanas) ne mazāk kā **EUR 500.00** par katru stacionēšanās gadījumu, tajā skaitā:

- Uzturēšanās maksa par katru stacionārā pavadīto dienu;
- Ārstu – speciālistu t.sk. profesoru un docentu konsultācijas, kā arī ārsta nozīmētas ārstnieciskās manipulācijas un procedūras maksas stacionārā;
- Visa veida diagnostiskie, laboratoriskie un instrumentālie izmeklējumi, kā arī stacionārā izmantotie medikamenti;
- Maksas ķirurģiskās operācijas bez skaita ierobežojuma, kā arī neierobežojot apmaksājamo operāciju klāstu tikai ar Pretendenta nosauktajām apmaksājamām operācijām;
- Ārstēšanās paaugstināta servisa apstākļos, ja tādus nodrošina ārstniecības iestāde.

3. **Papildus programmu seguma minimālās prasības, kas pēc Pasūtītāja brīvas izvēles (neviens, viena vai vairākas), ņemot vērā budžeta līdzekļu iespējas, tiks iegādātas visiem darbiniekiem:**

- 3.1. **Ambulatorā rehabilitācija 100% apmērā**, ar ģimenes ārsta vai jebkura cita ārstējošā ārsta norīkojumu, bez saslimšanas diagnožu ierobežojumiem attiecībā uz ambulatorās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanas iespējām, kā arī neparedzot ierobežojumus apmaksājamo kursu skaitam un nenosakot vienas procedūras reizes limitu:
 - 3.1.1. Kopējais atlīdzību limits **ne mazāk kā EUR 90.00 un EUR 150.00** Polises un Kartes darbības termiņa laikā;
 - 3.1.2. Ambulatorās rehabilitācijas veidi – ārstnieciskā masāža, manuālā terapija, ūdens procedūras, ārstnieciskā vingrošana individuāli vai grupās, fizioterapeita nodarbības, fizikālās terapijas (tajā skaitā ar lāzeri veiktās) procedūras.

- 3.2. **Medikamentu iegāde** ar atlaidi **ne mazāk kā 70%** un atlīdzību limitu ne mazāk kā **EUR 200.00** Polises un Kartes darbības termiņa laikā, tajā skaitā:
- 3.2.1. Tiek apmaksāti iegādātie medikamenti gan Pretendenta līguma iestādēs, gan nelīguma iestādēs;
- 3.2.2. Netiek paredzēts apakšlimits viena medikamenta iegādei, kā arī netiek paredzēti medikamentu iegādes skaita ierobežojumi par vienu saslimšanas gadījumu;
- 3.2.3. Tiek apmaksāti LR Zāļu reģistrā reģistrētie medikamenti akūtu un hronisku slimību ārstēšanai (tajā skaitā valsts kompensējamie medikamenti), ko receptē izrakstījis ārstējošais ārsts.
- 3.3. **Zobārstniecības un mutes dobuma higiēnas pakalpojumi** ar atlaidi **ne mazāk kā 70%** un atlīdzību limitu ne mazāk kā **EUR 100.00** un **EUR 200.00** Polises un Kartes darbības termiņa laikā, tajā skaitā:
- 3.3.1. Neatliekamā palīdzība akūtu zobu sāpju gadījumā;
- 3.3.2. Mutes dobuma higiēnas pasākumi bez reižu skaita un apakšlimita ierobežojuma;
- 3.3.3. Ārsta - speciālista konsultācijas un ārstēšanās plāna sastādīšana;
- 3.3.4. Terapeitiskie zobārstniecības pakalpojumi;
- 3.3.5. Ambulatori ķirurģiskie zobārstniecības pakalpojumi;
- 3.3.6. Lokālā anestēzija un RTG diagnostika;
- 3.3.7. Saņemtie zobārstniecības pakalpojumi tiek apmaksāti gan Pretendenta līguma iestādēs, gan nelīguma iestādēs. Pakalpojumiem ir jābūt pieejamiem pilnā apmērā, saskaņā ar norādīto atlaidi un limitu. Pretendents nedrīkst piemērot cenrādi par nelīguma iestādēs saņemtajiem zobārstniecības pakalpojumiem.

4. Tehniskā piedāvājuma ietvaros iesniedzamo dokumentu saraksts.

Sastādot piedāvājumu saskaņā ar tehnisko specifikāciju, Pretendents iesniedz:

- 4.1. Veselības apdrošināšanas Polises un Karšu vispārējos apdrošināšanas nosacījumus, atbilstoši tehniskās specifikācijas 1. punktā noteiktajam;
- 4.2. Detalizēts piedāvātās veselības apdrošināšanas pamata programmas un papildus programmu apraksts, tajā skaitā norādot papildinājumus, ierobežojumus, u.c. Pretendenta nosacījumus, kas nedrīkst būt pretrunā ar šajā tehniskajā specifikācijā norādītajām obligātajām/ minimālajām prasībām vai tās jebkādā mērā ierobežot;
- 4.3. Neapmaksājamo pakalpojumu (izņēmumu) saraksts;
- 4.4. Apdrošināšanas segumā iekļauto veselības aprūpes pakalpojumu saraksts, par kuriem Pasūtītāja Apdrošinātajiem sākotnēji ir jānorēķinās skaidrā naudā;
- 4.5. Apdrošināšanas segumā iekļauto veselības aprūpes pakalpojumu saraksts, kuru saņemšana Apdrošinātajiem līguma iestādēs uzrādāt Karti un neveicot sākotnēju pakalpojuma apmaksu no personīgajiem līdzekļiem ir iespējama tikai gadījumā, ja ir veikts iepriekšējs saskaņojums ar Pretendentu;
- Pasūtītājs norāda, ka Pretendents nevar pieprasīt kā obligātu iepriekšēju saskaņošanu/ brīdināšanu par apdrošināšanas segumā iekļautajiem veselības aprūpes pakalpojumiem kā saņemto pakalpojumu apmaksas nosacījumu. Apdrošināšanas segumā iekļauto pakalpojumu iepriekšēja nesaskaņošana nedrīkst būt atlīdzības atteikuma iemesls;*
- 4.6. Informācija par apdrošināšanas atlīdzības saņemšanas kārtību un noteikumiem, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, tai skaitā informācija par Pretendenta pārstāvniecībās skaidrā naudā saņemamo summu par nelīguma organizācijās saņemtajiem pakalpojumiem un termiņiem dokumentu iesniegšanai apdrošinātajam atlīdzības saņemšanai;
- 4.7. Informācija par izmaiņu veikšanas kārtību Apdrošināto sarakstā Polišu darbības termiņa laikā, ievērojot tehniskajā specifikācijā noteiktās prasības;
- 4.8. Cenrādis, kas tiek piemērot par nelīguma iestādēs saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem;
- 4.9. Pretendenta veselības apdrošināšanas noteikumi;

- 4.10. Pretendenta apliecinājums, ka pretrunu gadījumā starp Pretendenta iesniegto tehnisko piedāvājumu un Pretendenta veselības apdrošināšanas noteikumiem, noteicošās ir tehniskās specifikācijas prasības un tām atbilstošs tehniskais piedāvājums. Pretendenta veselības apdrošināšanas noteikumi ir spēkā tiktāl, cik tie nav pretrunā ar tehniskās specifikācijas prasībām.
- 4.11. Pretendenta kopējais ambulatoro, stacionāro līguma iestāžu, kā arī līguma aptieku un zobārstniecības līguma iestāžu saraksts, kā arī atsevišķi izdalot un norādot kopējo līguma iestāžu skaitu Jūrmalā, Tukumā un Tukuma novadā, Talsos un Talsu novadā.
Par ambulatorajām un stacionārajām līguma iestādēm šī iepirkuma ietvaros netiek uzskatītas ārstniecības iestādes, kurās ar Pretendenta piedāvāto apdrošināšanas programmu, uzrādot Karti, iespējams norēķināties tikai par pacientu iemaksas pakalpojumiem no iestādes kopējā piedāvātā pakalpojumu klāsta, kā arī citas ārstniecības iestādes (tajā skaitā arī optikas iestādes), kurās, uzrādot Karti, bezskaidras naudas norēķinu veidā tiek nodrošināti tikai atsevišķi, specializēti maksas ambulatorie pakalpojumi no iestādes kopējā piedāvāto veselības aprūpes pakalpojumu klāsta.

PRETENDENTA PIETEIKUMS
dalībai iepirkumā „Veselības apdrošināšana”
(identifikācijas Nr. PIEJURA 2018/3)

1. Iepazīnušies ar iepirkuma nosacījumiem, mēs, apakšā parakstījušies, piedāvājam veikt sabiedrības ar ierobežotu atbildību „Atkritumu apsaimniekošanas sabiedrība „Piejūra”” darbinieku veselības apdrošināšanu, saskaņā ar iepirkuma noteikumu prasībām, par summu:

Piedāvājuma cena bez PVN _____
(piedāvājuma cena vārdos un skaitļos)

2. Apliecinām, ka esam pilnīgi iepazīnušies ar iepirkuma noteikumiem, iepirkuma līguma projektu un šajā piedāvājuma cenā esam pilnīgi iekļāvuši visas nepieciešamās izmaksas, mums nav nekādu neskaidrību un pretenziju šajā sakarā tagad, kā arī atsakāmies tādas celt līguma darbības laikā.

3. Pretendenta _____ (norādīt nosaukumu) uzņēmums atbilst mazā /vidējā (atbilstošo pasvītrot) uzņēmuma statusam.

4. Apliecinām, ka visas pieteikumā sniegtās ziņas ir precīzas un patiesas.

Pretendenta nosaukums:

Reģistrācijas Nr./personas kods:

Juridiskā/deklarētā adrese:

Biroja/dzīvesvietas adrese:

Bankas nosaukums un filiāle:

Bankas kods:

Konta Nr.:

Kontaktpersona: _____ (vārds, uzvārds) _____ (tālruna Nr., faksa Nr., e-pasta adrese)

Iepirkuma līguma slēgšanas gadījumā no mūsu puses līgumu parakstīs pretendenta pārstāvis: _____ (pārstāvja amats, vārds uzvārds), kas pretendentu pārstāv uz _____ (statūti, pilnvara vai cits – nosaukt atbilstošo) pamata.

Pretendents kā atbildīgo personu līguma izpildē nozīmē _____ (vārds,
uzvārds) _____ (tālruna Nr., faksa Nr., e-pasta adrese)

Pielikumā: (uzskaitīt pielikumā esošos dokumentus)

Ar šo apstiprinu sniegto ziņu patiesumu.

Datums: _____

(Pretendenta vai tā pilnvarotās personas paraksts, tā atšifrējums, zīmogs)

FINANŠU PIEDĀVĀJUMS
dalībai iepirkumā „Veselības apdrošināšana”
(identifikācijas Nr. PIEJURA 2018/3)

Mēs, _____
(*Pretendenta nosaukums, reģ. Nr.*)

piedāvājam izpildīt pasūtījumu par sabiedrības ar ierobežotu atbildību „Atkritumu apsaimniekošanas sabiedrība „Piejūra”” 63 darbinieku veselības apdrošināšanu uz vienu gadu atbilstoši zemāk norādītajam piedāvājumam.

Pasūtītājam piedāvātās apdrošināšanas prēmijas, kurās iekļauti visi nodokļi, nodevas, kā arī ar polišu apkalpošanu un administrēšanu saistītie izdevumi:

1. Pamata programma par Pasūtītāja budžeta līdzekļiem:

Nosaukums	Gada atlīdzību limits (apdrošinājuma summa) vienam darbiniekam, EUR	Gada prēmija vienam darbiniekam, EUR
Pamata programma, <i>(ambulatorie un stacionārie veselības aprūpes pakalpojumi)</i>		

2. Papildus programmas par Pasūtītāja budžeta līdzekļiem:

Nosaukums	Gada atlīdzību limits (apdrošinājuma summa) vienam darbiniekam, EUR	Gada prēmija vienam darbiniekam, EUR
<i>Ambulatorā rehabilitācija EUR 90.00</i>		C_1
<i>Ambulatorā rehabilitācija EUR 150.00</i>		C_2
<i>Medikamenti ar 70% atlaidi</i>		C_3
<i>Zobārstniecības pakalpojumi ar 70% atlaidi, limits EUR 100.00</i>		C_4
<i>Zobārstniecības pakalpojumi ar 70% atlaidi, limits EUR 200.00</i>		C_5
Vidējā prēmija(C_v) vienam darbiniekam, EUR, kur $C_v = (C_1 + C_2 + C_3 + C_4 + C_5) / 5$		

Datums: _____

(Pretendenta vai tā pilnvarotās personas paraksts, tā atšifrējums, zīmogs)

VĒRTĒŠANAS KRITĒRIJI
iepirkumā „Veselības apdrošināšana”
(identifikācijas Nr. PIEJURA 2018/3)

Nr.p.k.	Novērtēšanas kritēriji	Maksimāli iespējamais punktu skaits	Punktu piešķiršanas metodika (novērtēšanas kritēriju skaidrojums)
1.	Apdrošināšanas prēmija	55	Tiek vērtēta Pretendentu finanšu piedāvājumā norādītā apdrošināšanas prēmija vienam darbiniekam par pamata apdrošināšanas programmu un vidējā apdrošināšanas prēmija 1 darbiniekam par papildus programmu iegādi no Pasūtītāja budžeta līdzekļiem. Viszemākā piedāvā prēmija 1.1. un 1.2. punktos nosauktajos kritērijos tiek vērtēta ar maksimālo punktu skaitu atbilstošajā kritērijā. Pārējo piedāvājumu izdevīguma punktus aprēķina pēc šādas formulas: $C_x/C_y * P$, kur C_x - lētākā piedāvājuma apdrošināšanas prēmija, C_y - vērtējamā piedāvājuma apdrošināšanas prēmija, P -maksimāli iespējamais punktu skaits katrā vērtējamā kritērijā.
1.1.	Pamata programmas prēmija 1 (vienam) apdrošinātajam darbiniekam	43	
1.2.	Papildus programmu vidējā prēmija 1 (vienam) apdrošinātajam darbiniekam	12	
2.	Apdrošinājuma summas / limiti:	9	Tiek vērtētas Pretendentu piedāvājumos norādīto apdrošinājuma summu / limitu palielinājums apdrošināšanas segumā iekļautajiem pakalpojumiem. Pretendentu piedāvājumiem, kuros 2.1.-2.4. punktos nosauktajās pakalpojumu grupās būs iekļautas lielākas apdrošinājuma summas / limiti nekā noteikts tehniskās specifikācijas minimālajās prasībās, tiks piešķirti papildus punkti (par minimālo prasību izpildi papildus punkti piešķirti netiek). <i>Vērtēts tiek apdrošinājuma summas/ limita palielinājums, kas tiek aprēķināts kā starpība starp pretendenta piedāvāto apdrošinājuma summu / limitu un minimālajās prasībās noteikto apdrošinājuma summu / limitu.</i> Piedāvājumam ar vislielāko apdrošinājuma summas / limita palielinājumu katrā vērtējamā apakškritērijā tiek piešķirts maksimālais punktu skaits, bet pārējo piedāvājumu izdevīguma punkti tiek aprēķināti pēc formulas: $X/Y * P$, kur X – apdrošinājuma summas / limita palielinājums, kam aprēķina izdevīguma punktus, Y – vislielākais piedāvātais apdrošinājuma summas / limita palielinājums, P – maksimālais iespējamais punktu skaits katrā no apakškritērijiem. <i>*Pasūtītājs norāda, ka maksimālā apdrošinājuma summa 2.1. un 2.2. punktos nosauktajiem pakalpojumiem, par kuru iespējams saņemt lielāko punktu skaitu ir 5 000.00 EUR. Tas nozīmē, ka maksimālais apdrošinājuma summas palielinājums, kurš tiks izmantots vērtēšanas formulā kā vislielākais iespējamais palielinājums ir EUR 3 000.00</i>
2.1.	Ambulatoro un stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu kopējā apdrošinājuma summa Polises un Karšu darbības termiņa laikā (bet ne vairāk kā EUR 5 000.00)*	1	
2.2.	Maksas ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu kopējais atlīdzību limits Polises un Karšu darbības termiņa laikā (bet ne vairāk kā EUR 5 000.00)*	3	
2.3.	Maksas stacionāro pakalpojumu par vienu stacionēšanās gadījumu limita lielums	3	
2.4.	Jebkuru vakcināciju limits Polises un Karšu darbības termiņa laikā	2	
3.	Cenrādis par nelīguma iestādes saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem:	14	Tiek vērtēti Pretendenta piedāvātie vidējie atlīdzību limiti 3.1.-3.3. apakškritērijos norādītajām pakalpojumu grupām. Vidējie atlīdzību limiti tiek aprēķināti, cenrādi norādīto kopējo atlīdzību summu katrā no pakalpojumu grupām dalot ar norādīto vienību skaitu attiecīgajā pakalpojumu grupā. Piedāvājumam ar visaugstāko vidējo atlīdzību limitu katrā no pakalpojumu grupām, tiek piešķirts lielākais punktu skaits. Pārējo piedāvājumu izdevīguma punkti tiek aprēķināti pēc formulas: $X/Y * P$, kur: X - vidējais atlīdzību limits, kuram aprēķina izdevīguma punktus, Y - vislielākais piedāvātais vidējais atlīdzību limits,

Nr.p.k.	Novērtēšanas kritēriji	Maksimāli iespējamais punktu skaits	Punktu piešķiršanas metodika (novērtēšanas kritēriju skaidrojums)
			<p>P - nolikumā noteiktais punktu skaits katram nosauktajam apakškritērijam.</p> <p>Pasūtītājs arī norāda, ka vērtēšanā netiks ņemti vērā „mākslīgi” palielināti pakalpojumu apmaksas limiti. Tas ir, ja Pasūtītājs pārliecināsies, ka kāda pakalpojuma norādītais apmaksas limits ir ievērojami augstāks nekā tā reālā cena veselības aprūpes tirgū (piemēram, „ARS” , „VC4” u.c. ārstniecības iestādes), tad tas tiks pielīdzināts nākamajam zemākajam, cita Pretendenta piedāvātajam limitam.</p>
3.1.	Ārstu konsultācijas	5	<p>Vidējais atlīdzību limits tiek aprēķināts no sekojošām 6 pozīcijām - pirmreizējas un atkārtotas maksas ārstu speciālistu, t.sk. ģimenes ārsta un terapeita konsultācijas, pirmreizējas un atkārtotas profesoru un docentu konsultācijas, kā arī pirmreizējas un atkārtotas ārstniecības personu mājas vizītes.</p> <p>Pasūtītājs norāda, ka maksimālais vidējais ārstu konsultāciju limits, kas tiks vērtēts un nodrošina maksimālo vērtēšanas punktu saņemšanu, jo tiek pielīdzināts 100% apmaksai ir EUR 43.00. Katrā vērtējamā pozīcijā atsevišķi maksimālie limiti, kas tiek vērtēti ir sekojoši:</p> <ul style="list-style-type: none"> - speciālistu konsultācijas (t.sk. maksas ģimenes ārsts un terapeits) EUR 45.00 par 1 reizi; - profesoru un docentu konsultācijas EUR 60.00 par 1 reizi. - ārstniecības personu mājas vizītes EUR 36.00 par 1 reizi. <p>Gadījumā, ja attiecībā uz ārstu konsultācijām piedāvājumā atkārtotās konsultācijas limits būs piedāvāts lielāks nekā pirmreizējās konsultācijas limits, kas ir .pretrunā ar vispārējo tirgus praksi, tad vērtēšanā šis “mākslīgi” palielinātais limits tiks pielīdzināts piedāvājumā norādītajam pirmreizējās konsultācijas limitam.</p>
3.2.	Diagnostiskie izmeklējumi	6	<p>Gadījumā, ja kāds no Pretendentiem nodrošina visu apdrošināšanas segumā iekļauto diagnostisko izmeklējumu apmaksu 100% apmērā arī nelīguma iestādēs, tad lai veiktu punktu sadalījumu attiecībā pret pārējiem piedāvājumiem, konkrētais piedāvājums tiek pielīdzināts nākamajam augstākajam piedāvātajam vidējam atlīdzību limitam, papildus pieskaitot aprēķinātajam vidējam diagnostisko izmeklējumu limitam EUR 20.00.</p> <p>Gadījumā ja kādā no piedāvājumiem 100% apmērā tiks nodrošināta tikai atsevišķu apdrošināšanas segumā iekļauto izmeklējumu apmaksu, tad lai veiktu aprēķinus šie izmeklējumi tiks pielīdzināti nākamajam augstākajam cita Pretendenta piedāvātajam izmeklējuma limitam.</p>
3.3.	Ārstnieciskās manipulācijas un procedūras	3	<p>Gadījumā, ja kāds no Pretendentiem nodrošina visu apdrošināšanas segumā iekļauto manipulāciju un procedūru apmaksu 100% apmērā arī nelīguma iestādēs, tad lai veiktu punktu sadalījumu attiecībā pret pārējiem piedāvājumiem, konkrētais piedāvājums tiek pielīdzināts nākamajam augstākajam piedāvātajam vidējam atlīdzību limitam, papildus pieskaitot 35%.</p> <p>Gadījumā ja kādā no piedāvājumiem 100% apmērā tiks nodrošināta tikai atsevišķu apdrošināšanas segumā iekļauto manipulāciju un procedūru apmaksu, tad lai veiktu aprēķinus šīs manipulācijas un procedūras tiks pielīdzinātas nākamajam augstākajam cita Pretendenta piedāvātajam manipulācijas/ procedūras limitam.</p>
4.	Apmaksājamo veselības aprūpes pakalpojumu klāsts, izņēmumu saraksts*	8	Tiek vērtēta tehniskās specifikācijas prasībām atbilstošos pretendenta piedāvājumos norādītā informācija par apdrošināšanas segumā iekļauto veselības aprūpes pakalpojumu klāstu un izņēmumu sarakstu.

Nr.p.k.	Novērtēšanas kritēriji	Maksimāli iespējamais punktu skaits	Punktu piešķiršanas metodika (novērtēšanas kritēriju skaidrojums)
			<p>Piedāvājumam ar plašāko apmaksājamo pakalpojumu segumu, salīdzinot ar pārējiem pretendentiem (piemēram, plašāks apmaksājamo ārstu konsultāciju saraksts, plašāks apmaksājamo laboratorisko un diagnostisko izmeklejumumu saraksts, ārstu manipulāciju saraksts, u.c. pakalpojumi), kā arī ar mazāko izņēmumu sarakstu (piemēram, attiecībā uz neapmaksājamo operāciju sarakstu, u.c. izņēmumi) tiek piešķirts maksimālais punktu skaits. Katram nākamajam piedāvājumam ar šaurāku apmaksājamo pakalpojumu klāstu un lielāku izņēmumu sarakstu piešķirtais punktu skaits tiek samazināts par 1,5 punktu (gadījumā, ja apdrošināšanas seguma sašaurinājums ir maznozīmīgs) vai 3 punktiem (gadījumā, ja apdrošināšanas seguma sašaurinājums ir nozīmīgs). Līdzvērtīgu piedāvājumu gadījumā vairākiem pretendentiem var tikt piešķirts vienāds punktu skaits. Piešķirto punktu skaits nevar būt mazāks par 1.</p> <p>Līdzvērtīgu piedāvājumu gadījumā vairākiem Pretendentiem var tikt piešķirts vienāds punktu skaits</p> <p><i>*Pasūtītājs norāda, ka šajā vērtēšanas kritērijā tiks ņemts vērā arī papildus programmu (ambulatorā rehabilitācija, medikamentu iegāde, zobārstniecības pakalpojumi) segums, gadījumā, ja atbilstoši budžeta iespējām Pasūtītājs kopā ar pamata programmu varēs iegādāties atbilstošās papildus programmas.</i></p>
5.	Citi apdrošināšanas nosacījumi	14	Tiek vērtēs Polišu un Karšu izmantošanas ērtības nosacījumi
5.1.	Ambulatoro un stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu līguma iestāžu, kā arī līguma aptieku un zobārstniecības līguma iestāžu* skaits Jūrmalā, Tukumā un Tukuma novadā, kā arī Talsos un Talsu novadā	6	<p>Pretendenta piedāvājumam, kurā būs iekļauts vislielākais līguma iestāžu skaits 6.1. punktā nosauktajās pilsētās un novados, tiek piešķirts maksimāli iespējamais punktu skaits. Pārējo piedāvājumu līguma iestāžu skaita izdevīguma punkti tiek aprēķināti pēc formulas: $X/Y * P$, kur</p> <p>X - līguma iestāžu skaits Pretendenta piedāvājumam, kuram aprēķina izdevīguma punktus,</p> <p>Y - visvairāk piedāvāto līguma iestāžu skaits,</p> <p>P - maksimāli iespējamais punktu skaits šajā vērtēšanas apakškritērijā.</p> <p><i>*Pasūtītājs norāda, ka līguma aptieku un zobārstniecības līguma iestāžu skaits tiks vērtēts tikai gadījumā, ja atbilstoši budžeta iespējām Pasūtītājs kopā ar pamata programmu varēs iegādāties atbilstošās papildus programmas.</i></p>
5.2.	Apdrošināšanas segumā iekļauto veselības aprūpes pakalpojumu saraksts *, par kuriem Pasūtītāja apdrošinātajiem darbiniekiem sākotnēji ir jānorēķinās skaidrā naudā	2	<p>Pretendenta piedāvājumam ar vismazāko (gan pēc skaita, gan kopējā pakalpojuma grupas apjoma) to apdrošināšanas segumā iekļauto veselības aprūpes pakalpojumu sarakstu, par kuriem apdrošinātajiem sākotnēji jānorēķinās par personīgajiem līdzekļiem tiek piešķirts maksimālais punktu skaits šajā vērtēšanas kritērijā. Katram nākamajam Pretendenta piedāvājumam ar plašāku sarakstu piešķirto punktu skaits tiek samazināts par 0.75 punktiem. Mazākais iespējamais punktu skaits ir 0.25.</p> <p><i>*Pasūtītājs norāda, ka šajā vērtēšanas kritērijā tiks ņemts vērā arī papildus programmu (ambulatorā rehabilitācija, medikamentu iegāde, zobārstniecības pakalpojumi) segums, gadījumā, ja atbilstoši budžeta iespējām Pasūtītājs kopā ar pamata programmu varēs iegādāties atbilstošās papildus programmas.</i></p> <p>Līdzvērtīgu piedāvājumu gadījumā vairākiem Pretendentiem var tikt piešķirts vienāds punktu skaits</p>
5.3.	Izmaiņu veikšana apdrošināto sarakstā (t.i., apdrošināto izslēgšana), neņemot vērā arī izmaksātās un pieteiktās atlīdzības	1	Par piedāvāto pakalpojumu konkrētā Pretendenta piedāvājumam tiek piešķirts papildus punkts.

Nr.p.k.	Novērtēšanas kritēriji	Maksimāli iespējamais punktu skaits	Punktu piešķiršanas metodika (novērtēšanas kritēriju skaidrojums)
5.4.	Atlīdzības pieteikumu iesniegšanas iespēja visa Polises un Karšu darbības termiņa laikā, kā arī ne mazāk kā 1 (vienu) mēnesi pēc Polises un attiecīgās darbinieka Kartes beigu termiņa.	1	Par piedāvāto pakalpojumu konkrētā Pretendenta piedāvājumam tiek piešķirts papildus punkts.
5.5.	Citi apdrošināšanas seguma uzlabojumi, tajā skaitā citu papildus pakalpojumu iekļaušana apdrošināšanas segumā	4	<p>Pretendents apdrošināšanas segumā, bez papildus piemaksas, ir tiesīgs iekļaut arī citus apdrošināšanas seguma uzlabojumus un papildus pakalpojumus/apdrošinātos riskus pēc saviem ieskatiem, kas nav noteikti šīs tehniskās specifikācijas minimālajās prasībās. Par šo uzlabojumu iekļaušanu apdrošināšanas segumā Pretendenta piedāvājumam tiks piešķirti papildus punkti. Izvērtējot un salīdzinot iesniegtos Pretendentu piedāvājumus, lielākais punktu skaits tiks piešķirts piedāvājumam ar lielāko un lietderīgāko uzlabojumu un iekļauto papildus risku skaitu un klāstu. Katram nākamajam piedāvājumam ar mazāku un mazāk nozīmīgu seguma uzlabojumu un papildus risku iekļaušanu segumā piešķirto punktu skaits tiek samazināts par 1 punktu, ja seguma uzlabojuma atšķirības ir maznozīmīgas vai 2 punktiem, ja seguma uzlabojuma atšķirības ir nozīmīgas.</p> <p>Līdzvērtīgu piedāvājumu uzlabojumu gadījumā vairākiem Pretendentiem var tikt piešķirts vienāds papildu punktu skaits.</p>

LĪGUMS Nr. _____ (projekts)

Tukumā,

2018.gada __. _____

Sabiedrība ar ierobežotu atbildību „Atkritumu apsaimniekošanas sabiedrība „Piejūra”” (reģistrācijas numurs 40003525848, juridiskā adrese Rīgas iela 1, Tukums, LV-3101) tās valdes priekšsēdētājas Indras Rassones personā, kura rīkojas saskaņā ar statūtiem, turpmāk šā līguma tekstā saukts **Pasūtītājs**, no vienas puses, un

_____, tās _____ personā, kur_ rīkojas saskaņā ar _____, turpmāk šī līguma tekstā saukts **Apdrošinātājs**, no otras puses, abi kopā un katrs atsevišķi turpmāk šā līguma tekstā saukti par **Līdzējiem**, pamatojoties uz Pasūtītāja rīkoto iepirkumu - „Veselības apdrošināšana”, identifikācijas Nr. PIEJURA 2018/3, turpmāk šā līguma tekstā saukts Iepirkums, rezultātiem un Izpildītāja iesniegto piedāvājumu, noslēdz šādu līgumu:

1. LĪGUMA PRIEKŠMETS UN DARBĪBAS LAIKS

- 1.1. Apdrošinātājs nodrošina atbilstošu Iepirkumam un Iepirkuma ietvaros iesniegtajam Apdrošinātāja piedāvājumam Pasūtītāja darbinieku, turpmāk teksta - Darbinieki, veselības apdrošināšanas pakalpojuma sniegšanu.
- 1.2. Līgums stājas spēkā ar 2018.gada __. _____ un ir saistošs Līdzējiem līdz 1.3. punktā norādītās veselības apdrošināšanas polises, turpmāk tekstā - Polise, kas ir šī Līguma neatņemama sastāvdaļa, darbības beigām.
- 1.3. Polise stājas spēkā 2018.gada __. _____ un ir spēkā līdz 2019.gada __. _____.

2. LĪGUMA ADMINISTRĒŠANA

- 2.1. Apdrošinātājs piegādā Darbinieku Polisi un individuālās veselības apdrošināšanas kartes, turpmāk tekstā - Kartes, Pasūtītājam 5 (piecu) darba dienu laikā no Līguma noslēgšanas dienas un apdrošināmo Darbinieku saraksta, turpmāk tekstā - Saraksts, saņemšanas dienas elektroniskā veidā (excel, word) 7.10.punktā minētās kontaktpersonas e-pastā. Darbinieku Kartes un Polises piegādes vieta ir Rīgas iela 1, Tukums, LV-3101.
- 2.2. Iesniedzot Apdrošinātājam Sarakstu, Pasūtītājs par katru apdrošināmo Darbinieku norāda šādu informāciju: vārds, uzvārds, personas kods, adrese, veselības apdrošināšanas pamatprogrammas un papildus programmu, ja tādas tiek iegādātas, nosaukumu/us, turpmāk tekstā - Programma.
- 2.3. Izmaiņas Polisei pievienotajā Sarakstā, ja nepieciešams, tiek veiktas 1 (vienu) reizi mēnesī, līdz katra mēneša __. datumam, sagatavojot vienošanās protokolu (Polises pielikumu), turpmāk tekstā - Vienošanās. Attiecībā uz jaunpieņemtiem un izslēgtiem Darbiniekiem, Apdrošinātājs Vienošanos, rēķinu, kredītrēķinu un attiecīgās Kartes piegādā Pasūtītājam 5 (piecu) darba dienu laikā no attiecīgās Pasūtītāja pieprasījuma saņemšanas dienas un Līguma 2.2.punktā noteiktās informācijas saņemšanas dienas.

3. APDROŠINĀJUMA SUMMA

Gada apdrošinājuma summa katram apdrošinātajam Darbiniekam, kurš apdrošināts saskaņā ar Programmu, ir EUR _____ (_____).

4. APDROŠINĀŠANAS PRĒMIJA

- 4.1. Gada apdrošināšanas prēmija vienam Darbiniekam, kurš apdrošināts saskaņā ar Programmu, ir EUR ____ (_____). Kopējā apdrošināšanas prēmija 63 Darbinieku apdrošināšanā atbilstoši Apdrošinātāja iesniegtajam piedāvājumam sastāda EUR ____ (_____).
- 4.2. Pasūtītājs veic Darbinieku veselības apdrošināšanas prēmijas apmaksu 4 (četros) vienādos maksājumos, vienu reizi ceturksnī, ne vēlāk kā 15 (piecpadsmit) darba dienu laikā pēc attiecīgā rēķina saņemšanas no Apdrošinātāja.
- 4.3. Pirmstermiņa izbeigto Karšu, sakarā ar darba tiesisko attiecību pārtraukšanu, neizmantoto apdrošināšanas prēmijas daļu, kas tiek aprēķināta saskaņā ar Apdrošinātāja tehniskajā piedāvājumā noteikto kārtību, Apdrošinātājs, pēc Pasūtītāja ieskatiem, pārskaita uz Pasūtītāja bankas kontu 15 (piecpadsmit) darba dienu laikā pēc Līguma 5.1.4. punktā minēto dokumentu saņemšanas vai arī patur kā avansu turpmākās apdrošināšanas prēmijas samaksai par jaunpienākušajiem Darbiniekiem un par to Apdrošinātājs Pasūtītājam izsniedz kredītrēķinu.

5. APDROŠINĀTĀJA UN PASŪTĪTĀJA PAPILDUS TIESĪBAS UN PIENĀKUMI

- 5.1. Pasūtītāja tiesības un pienākumi:
 - 5.1.1. Pasūtītājs iesniedz Apdrošinātājam Sarakstu saskaņā ar Līguma 2.1. un 2.2.punktā noteikto.
 - 5.1.2. Pasūtītājs apņemas ievērot Līguma un Polises noteikumus.
 - 5.1.3. Pasūtītājs izsniedz katram apdrošinātajam Darbiniekam šādu Apdrošinātāja iesniegtu dokumentāciju:
 - 5.1.3.1.Karti;
 - 5.1.3.2.Programmas aprakstu.
 - 5.1.4. Ne biežāk kā vienu reizi mēnesī Pasūtītājs elektroniski nosūta Apdrošinātājam pieprasījumu par Darbiniekiem, kuriem nepieciešams pirms termiņa izbeigt Kartes darbību, un par jaunpienākušajiem Darbiniekiem, kurus nepieciešams iekļaut apdrošināto Sarakstā. Apdrošinātājs pirms termiņa izbeidz attiecīgā Darbinieka Kartes darbību, ja Pasūtītājs pieprasījumam pievienojis un iesniedzis Apdrošinātājam attiecīgā Darbinieka Karti.
 - 5.1.5. Parakstot šo līgumu, Pasūtītājs apliecina, ka tas ir saņēmis visu Darbinieku piekrišanu ļaut Apdrošinātājam kā _____ (*sistēmas pārzinim, personas datu saņēmējam, datu operatoram*) apstrādāt apdrošināto darbinieku datus, tajā skaitā sensitīvos personas datus un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodus saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likumu un citiem Latvijas Republikā spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem, apdrošināšanas risku kotēšanai, atbildības regulēšanai un apdrošināšanas līgumu administrēšanai.
- 5.2. Apdrošinātāja tiesības un pienākumi:
 - 5.2.1. Apdrošinātājs katrai Darbinieku Kartei pievieno Programmas aprakstu. Apdrošinātāja līguma iestāžu saraksts ir publicēts un ar to ir iespēja iepazīties Apdrošinātāja mājas lapā _____.
 - 5.2.2. Par Pasūtītāja iesniegto personu datu aizsardzību Apdrošinātājs atbild Latvijas Republikā spēkā esošajos normatīvajos aktos noteiktā kārtībā un apmērā.
- 5.3. Saņemot Līguma 5.1.4. punktā minēto informāciju un Kartes, Apdrošinātājs 5 (piecu) darba dienu laikā veic atbilstošus grozījumus Sarakstā, kas stājas spēkā ar katra mēneša ____ datumā.

6. NEPĀRVARAMA VARA

- 6.1. Līdzēji tiek atbrīvoti no atbildības par Līguma pilnīgu vai daļēju neizpildi, ja šāda neizpilde radusies nepārvaramas varas rezultātā, kuras darbība sākusies pēc Līguma noslēgšanas un kuru Līdzēji nevarēja iepriekš ne paredzēt, ne novērst. Pie nepārvaramas varas apstākļiem pieskaitāmas stihiskas nelaimes, katastrofas, epidēmijas, kara darbība, nemieri vai valsts varas institūciju izdoti normatīvie akti, kas tieši ierobežo Līdzēju saistību izpildi.
- 6.2. Nepārvaramas varas apstākļu pierādīšanas pienākums gulstas uz to Līdzēju, uz kuru tas atsaucas.
- 6.3. Līdzējs, kas nokļuvis nepārvaramas varas apstākļos, bez kavēšanās rakstiski informē par to otru Līdzēju.
- 6.4. Nepārvaramas varas apstākļu iestāšanās gadījumā Līdzēji vienojas par Līgumā noteikto saistību izpildes termiņu.

7. CITI NOTEIKUMI

- 7.1. Šis līgums ir saistošs Pasūtītājam un Apdrošinātājam, kā arī visām trešajām personām, kas likumīgi pārņem viņu tiesības un pienākumus.
- 7.2. Līgums stājas spēkā no tā parakstīšanas brīža un ir spēkā līdz saistību pilnīgai izpildei.
- 7.3. Šajā Līgumā izveidotais noteikumu sadalījums pa sadaļām ar tām piešķirtajiem nosaukumiem ir izmantojams tikai un vienīgi atsaucēm un nekādā gadījumā nevar tikt izmantots vai ietekmēt šā Līguma noteikumu tulkošanu.
- 7.4. Visus jautājumus, kas nav atrunāti Līgumā, Līdzēji atrisina, pamatojoties uz Latvijas Republikā spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem.
- 7.5. Visus strīdus un nesaskaņas, kas radīsies, izpildot Līgumu, Līdzēji risina pārrunu ceļā. Gadījumā, ja tas neizdodas, Līdzēji risina radušos strīdus un nesaskaņas Latvijas Republikas tiesā normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā pēc Pasūtītāja juridiskās adreses.
- 7.6. Līgumu var grozīt, papildināt un izbeigt pirms termiņa, Līdzējiem rakstveida vienojoties.
- 7.7. Jebkura korespondence, kas tiek nosūtīta otram Līdzējam pa pastu ir uzskatāma par saņemtu 7 (septītajā) dienā, skaitot no dienas, kad tā iesniegta pastā.
- 7.8. Pasūtītāja pilnvarotais apdrošināšanas brokeris ir SIA "Apdrošināšanas un finanšu brokers" (reģistrācijas numurs 40003438358).
- 7.9. Pasūtītāju Līguma izpildes gaitā pārstāvēs _____, tālrunis _____, fakss _____, e-pasts:_____.
- 7.10. Apdrošinātāju Līguma izpildes gaitā pārstāvēs _____, tālrunis _____, fakss _____, e-pasts:_____.
- Par apdrošināšanas atlīdzības jautājumiem _____, tālrunis _____, fakss _____, e-pasts:_____.
- 7.11. Apdrošināšanas brokeri Līguma izpildes gaitā pārstāvēs _____, tālrunis _____, fakss _____, e-pasts:_____.
- 7.12. Ja kāds no Līguma noteikumiem zaudē spēku, tas neietekmē pārējos Līguma noteikumus.
- 7.13. Līgumam ir pievienoti šādi pielikumi, kas ir Līguma neatņemamas sastāvdaļas:
 - 7.13.1. 1.pielikums – Pasūtītāja tehniskā specifikācija;
 - 7.13.2. 2.pielikums – Pasūtītāja tehniskā specifikācija prasībām atbilstošs Apdrošinātāja veselības apdrošināšanas piedāvājums;
 - 7.13.3. 3.pielikums – Apdrošinātāja finanšu piedāvājums;
 - 7.13.4. 4.pielikums – Polises;

- 7.13.5. kā arī visas turpmāk Līguma ietvaros noslēgtās Vienošanās.
- 7.14. Jebkuru nesaskaņu vai pretrunu gadījumā starp Līguma 7.13.punktā minētajiem dokumentiem prioritāte ir dokumentiem tādā secībā, kādā tie ir uzskaitīti minētajā punktā.
- 7.15. Līgums sagatavots latviešu valodā, 2 (divos) eksemplāros, pa vienam eksemplāram katram Līdzējam.

8. PUŠU REKVIZĪTI, LĪGUMA NOSLĒGŠANAS DATUMS UN PĀRSTĀVJU PARAKSTI

Pasūtītājs:

**SIA „Atkritumu apsaimniekošanas
sabiedrība „Piejūra””**

reģistrācijas numurs 40003525848

adrese Rīgas iela 1, Tukums, LV-3101

tālr. 63123306, fakss 63123306

AS „Swedbank”

Konts: LV50HABA0551021320784

Kods: HABALV2X

Apdrošinātājs:

Valdes priekšsēdētāja

I.Rassone _____