SIA "DOBELES NAMSAIMNIEKS"
eksemplārs

LĪGUMS Nr.045.0699/24.02.21
Par darbinieku veselības apdrošināšanu

Dobelē 2021. gada 25.februārī

Apdrošināšanas Akciju sabiedrība **"BALTA",** turpmāk tekstā – APDROŠINĀTĀJS, kura vārdā saskaņā ar pilnvaru rīkojas tās Filiāles" Tukuma nodaļa un Dobeles KAC" vadītāja **Vija Kleinšmite**, no vienas puses, un **SIA „DOBELES NAMSAIMNIEKS"**, turpmāk tekstā – PASŪTĪTĀJS, no otras puses, kuras vārdā uz Statūtu pamata rīkojas tās valdes loceklis **Jānis Audzēvičs** Iepirkumam Nr. SIA DN 2021/1"Darbinieku veselības apdrošināšana" noslēdz šāda satura līgumu par darbinieku veselības apdrošināšanu, turpmāk – LĪGUMS:

1. LĪGUMA PRIEKŠMETS UN LĪGUMA DARBĪBAS LAIKS

1.1. PASŪTĪTĀJS uzdod un APDROŠINĀTĀJS apņemas apdrošināt SIA „DOBELES NAMSAIMNIEKS" darbinieku veselību, saskaņā ar LĪGUMA 1.pielikumā, kas ir LĪGUMA neatņemama sastāvdaļa, noteiktajiem veselības apdrošināšanas noteikumiem (turpmāk tekstā – NOTEIKUMI) un LĪGUMA 2.pielikumā, kas ir LĪGUMA neatņemama sastāvdaļa, noteiktajām veselības apdrošināšanas programmām (turpmāk tekstā – PROGRAMMAS), kā arī citiem šī LĪGUMA noteikumiem.

1.2. PUSES apņemas 3 (trīs) darba dienu laikā pēc LĪGUMA noslēgšanas noslēgt Veselības apdrošināšanas polisi, turpmāk tekstā – POLISE.

1.3. POLISE stājas spēkā **2021.gada 26.februārī** un darbojas līdz **2022.gada 25.februārim.**

1.4. LĪGUMS stājas spēkā tā abpusējas parakstīšanas dienā un ir spēkā līdz POLISES darbības termiņa beigām un līdz pilnīgai PUŠU savstarpējo saistību izpildei.

1.5. APDROŠINĀTĀJAM AAS " BALTA" SIA „DOBELES NAMSAIMNIEKS" darbinieku apdrošināšanas polises (individuālās) un 55 (piecdesmit piecas) kartes ir jāpiegādā PASŪTĪTĀJAM 10 (desmit) darba dienu laikā no LĪGUMA noslēgšanas dienas un apdrošināmo darbinieku saraksta no SIA „DOBELES NAMSAIMNIEKS" saņemšanas dienas.

1.6. Apdrošināmo SIA „DOBELES NAMSAIMNIEKS" darbinieku sarakstā PASŪTĪTĀJS norāda darbinieku vārdus, uzvārdus, personas kodus un to izvēlēto papildus (izvēles) PROGRAMMU, nosūtīšanas datumu, laiku, saraksta sagatavotāja vārdu, uzvārdu, amatu un tālruņa numuru.

1.7. SIA „DOBELES NAMSAIMNIEKS" darbinieku veselības apdrošināšanas polišu (individuālo) un karšu piegādes vieta ir Dobele, Zaļā iela 3, 1.kabinetā.

1.8. APDROŠINĀTĀJS atbilstoši NOTEIKUMIEM, PROGRAMMĀM un citiem LĪGUMA noteikumiem uz POLISES darbības laiku apņemas apdrošināt arī SIA „DOBELES NAMSAIMNIEKS" darbinieku radinieku (bērni bez vecuma ierobežojuma, vecāki un laulātie) (turpmāk tekstā - RADINIEKU) veselību.

1.9. APDROŠINĀTĀJAM RADINIEKU veselības apdrošināšanas polises (individuālās) un kartes jāpiegādā Dobele, Zaļā iela 3, 1. kabinetā, 10 darba dienu laikā pēc apdrošināmo RADINIEKU saraksta saņemšanas no PASŪTĪTĀJA un attiecīgā RADINIEKA veselības apdrošināšanas prēmijas saņemšanas dienas.

1.10. Apdrošināmo RADINIEKU sarakstā PASŪTĪTĀJS norāda RADINIEKU vārdus, uzvārdus, personas kodus un to izvēlēto papildus (izvēles) PROGRAMMU, nosūtīšanas datumu, laiku, saraksta sagatavotāja vārdu, uzvārdu, amatu un tālruņa numuru.

2. APDROŠINĀJUMA SUMMA

2.1. Gada apdrošinājuma summa katram apdrošinātajam SIA „DOBELES NAMSAIMNIEKS" darbiniekam vai RADINIEKAM ir EUR **300000000** (trīs simti miljoni eiro un 00 centi).

3. APDROŠINĀŠANAS PRĒMIJA

3.1. Gada apdrošināšanas prēmija SIA „DOBELES NAMSAIMNIEKS" darbiniekam, kurš apdrošināts saskaņā ar pamata PROGRAMMU **(P)**, ir EUR **174** (viens simts septiņdesmit četri eiro un 00 centi).

3.2. Gada apdrošināšanas prēmija vienam SIA „DOBELES NAMSAIMNIEKS" darbiniekam, kurš papildus apdrošināts saskaņā ar papildus (izvēles) PROGRAMMU zobārstniecība **(Z)**, ir EUR **230** (divi simti trīsdesmit eiro un 00 centi).

3.3. Gada apdrošināšanas prēmija vienam SIA „DOBELES NAMSAIMNIEKS" darbiniekam, kurš papildus apdrošināts saskaņā ar papildus (izvēles) PROGRAMMU medikamenti **(M)**, ir EUR **199** (viens simts deviņdesmit deviņi eiro un 00 centi).

3.4. PASŪTĪTĀJAM samaksa APDROŠINĀTĀJAM par SIA „DOBELES NAMSAIMNIEKS" darbinieku veselības apdrošināšanu jāveic ar pārskaitījumu reizi ceturksnī (¼ daļas apmērā no visu SIA „DOBELES NAMSAIMNIEKS" darbinieku veselības apdrošināšanas pamata PROGRAMMAS **(P) gada** prēmijas summas un SIA „DOBELES NAMSAIMNIEKS" darbinieku papildus (izvēles) PROGRAMMU, kuras izvēlējušies PASŪTĪTĀJA darbinieki, gada prēmiju summas) ne vēlāk kā 10 dienu laikā pēc rēķina iesniegšanas SIA „DOBELES NAMSAIMNIEKS".

3.5. Samaksu APDROŠINĀTĀJAM par RADINIEKU veselības apdrošināšanu (pamata PROGRAMMAS **(P)** prēmijas summa un papildus (izvēles) PROGRAMMU, kuru izvēlējies RADINIEKS) veic atsevišķi (individuāli) katrs RADINIEKS.

3.6. Pēc LĪGUMA noslēgšanas PASŪTĪTĀJS LĪGUMA 3.5.punktā noteikto samaksu par pirmo ceturksni veic tikai pēc SIA „DOBELES NAMSAIMNIEKS" darbinieku veselības apdrošināšanas polišu un karšu piegādes, un rēķina saņemšanas.

4. APDROŠINĀTĀJA UN PASŪTĪTĀJA PAPILDUS TIESĪBAS UN PIENĀKUMI

4.1. PASŪTĪTĀJA tiesības un pienākumi:

4.1.1. PASŪTĪTĀJAM LĪGUMA 1.5.punktā norādītais apdrošināmo SIA „DOBELES NAMSAIMNIEKS" darbinieku saraksts, LĪGUMA 1.9.punktā norādītais apdrošināmo RADINIEKU saraksts jāiesniedz APDROŠINĀTĀJAM rakstiski un elektroniski.

4.1.2. PASŪTĪTĀJA pienākums ir ievērot LĪGUMA un POLISES noteikumus;

4.1.3. pēc saņemšanas no APDROŠINĀTĀJA PASŪTĪTĀJA pienākums ir izsniegt katram apdrošinātajam SIA „DOBELES NAMSAIMNIEKS" darbiniekam:

4.1.3.1. veselības apdrošināšanas polisi (individuālo), kurai pievienoti NOTEIKUMI, PROGRAMMU apraksts, un cita informācija, kura nepieciešama veselības apdrošināšanas saņemšanai.

4.1.3.2. veselības apdrošināšanas karti (turpmāk tekstā – KARTI); *PIEZĪME: KARTE ir dokuments, kas apliecina, ka apdrošinātā darbinieka labā ir noslēgts apdrošināšanas līgums;*

4.1.4. SIA „DOBELES NAMSAIMNIEKS" darbinieki vai RADINIEKI var izvēlēties papildus (izvēles) PROGRAMMAS bez PASŪTĪTĀJA darbinieku vai RADINIEKU skaita ierobežojuma un papildus (izvēles) PROGRAMMU skaita ierobežojuma.

4.1.5. PASŪTĪTĀJAM un RADINIEKIEM nav jāveic papildus samaksa APDROŠINĀTĀJAM veselības apdrošināšanas polišu (individuālo) un to karšu izsniegšanas, anulēšanas vai veselības apdrošināšanas papildināšanas ar papildus (izvēles) PROGRAMMĀM gadījumos.

4.2. APDROŠINĀTĀJA tiesības un pienākumi:

4.2.1. APDROŠINĀTĀJAM katrai SIA „DOBELES NAMSAIMNIEKS" darbinieku vai RADINIEKU veselības apdrošināšanas polisei (individuālai) ir jāpievieno NOTEIKUMI, PROGRAMMU apraksts un cita informācija, kura nepieciešama apdrošināšanas saņemšanai.

4.2.2. APDROŠINĀTĀJS ir atbildīgs par APDROŠINĀTĀJAM no SIA „DOBELES NAMSAIMNIEKS" iesniegto personu datu aizsardzību saskaņā ar Latvijas Republikā spēkā esošajiem normatīviem aktiem.

4.2.3. APDROŠINĀTĀJAM ir pienākums maksāt apdrošināšanas atlīdzību LIKUMĀ, LĪGUMĀ, POLISĒ, NOTEIKUMOS un PROGRAMMĀS minētajos gadījumos, apmērā, kārtībā un termiņā.

4.2.4. SIA „DOBELES NAMSAIMNIEKS" darbiniekam vai RADINIEKAM saņemot APDROŠINĀTĀJA līgumorganizācijas medicīniskos pakalpojumus, kas nav iekļauti PROGRAMMĀS, apdrošinātajam SIA „DOBELES NAMSAIMNIEKS" darbiniekam vai RADINIEKAM tie ir jāapmaksā no personīgiem līdzekļiem;

4.2.5. gadījumā, ja saņemti medicīniskie pakalpojumi PROGRAMMAS ietvaros un apdrošinātais SIA „DOBELES NAMSAIMNIEKS" darbinieks vai RADINIEKS pats par tiem ir samaksājis, tad APDROŠINĀTĀJS atlīdzina veikto maksājumu 5 darba dienu laikā pēc visu LĪGUMA 4.2.6. punktā noteikto dokumentu saņemšanas, piesakot atlīdzību internetā 2 darba dienu laikā. Atlīdzību var pieteikt jebkurā APDROŠINĀTĀJA birojā vai filiālē, nosūtot pa pastu Raunas iela 10, Rīga, LV-1039, " BALTA " mobilajā lietotnē , vai mājaslapā www.balta.lv

4.2.6. apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai apdrošinātais SIA „DOBELES NAMSAIMNIEKS" darbinieks vai RADINIEKS (vai viņu pārstāvis) nekavējoties pēc apdrošināšanas gadījuma iestāšanās, bet ne vēlāk kā 90 dienu laikā, t.sk. arī pēc polises termiņa beigām, pēc tam, kad tas kļuvis iespējams, iesniedz APDROŠINĀTĀJAM apdrošināšanas gadījuma iestāšanās apliecinoša medicīniska dokumenta oriģinālu vai kopiju, kases čeku, stingrās uzskaites kvīti, kura satur iztrūkstošo informāciju, un uzrāda personas apliecinošu dokumentu un apdrošinātā SIA "Dobeles namsaimnieks" darbinieka vai RADINIEKA veselības apdrošināšanas polisi (individuālo) vai KARTI.

4.2.7. Ar APDROŠINĀTĀJA aktuālo līgumorganizāciju sarakstu var iepazīties internetā: https://www.balta.lv/lv/atlidzibas/veselibas-apdrosinasanas-ligumiestades A4 medicīnas iestādes. Apdrošinātājs vienu reizi ceturksnī informē Pasūtītāju par grozījumiem Apdrošinātāja līgumorganizāciju sarakstā.

5. ATBILDĪBA UN STRĪDI

5.1. PUSES tiek atbrīvotas no atbildības par LĪGUMA nepildīšanu, ja tā rodas pēc LĪGUMA noslēgšanas nepārvaramas varas vai ārkārtēju apstākļu ietekmes rezultātā, kurus attiecīgā no PUSĒM (vai PUSES kopā) nevarēja ne paredzēt, ne novērst, ne ietekmēt, un, par kuru rašanos nenes atbildību, tas ir, stihiskas nelaimes, kara darbība, blokāde, civiliedzīvotāju nemieri, streiki, sakaru un kredītiestāžu darbība, normatīvie akti, valsts pārvaldes un pašvaldības institūcijas rīcība un to pieņemtie dokumenti.

5.2. Katra no PUSĒM, kuru LĪGUMA ietvaros ietekmē nepārvaramas varas apstākļi, nekavējoties par to informē otru un PUSES lemj par LĪGUMA turpmāko izpildi.

5.3. Visi strīdi, kas rodas LĪGUMA sakarā starp PUSĒM, vispirms tiek risināti savstarpējās sarunās. Ja sarunu gaitā strīds nav noregulēts un kāda no PUSĒM uzskata, ka tas sarunu gaitā nav iespējams, strīds tiek izšķirts Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā.

5.4. APDROŠINĀTĀJAM ir tiesības vienpusēji lauzt LĪGUMU par to rakstiski paziņojot otrai PUSEI ne vēlāk kā 3 (trīs) mēnešus iepriekš.

5.5. PASŪTĪTĀJAM tiesības vienpusēji lauzt LĪGUMU par to rakstiski paziņojot otrai PUSEI ne vēlāk kā 3 (trīs) mēnešus iepriekš.

5.6. Ja APDROŠINĀTĀJS lauž LĪGUMU, neievērojot LĪGUMA 5.4.punkta nosacījumus, tad APDROŠINĀTĀJS maksā PASŪTĪTĀJAM līgumsodu 5% apmērā no summas, kuru

saskaņā ar LĪGUMA 3.5.punktu SIA „DOBELES NAMSAIMNIEKS" ir apmaksājis APDROŠINĀTĀJAM, kā arī izmaksā PASŪTĪTĀJAM proporcionāli apdrošināšanas termiņam neizmantotās apdrošināšanas prēmijas daļu, neņemot vērā jebkādus APDROŠONĀTĀJA izdevumus un neveicot ieturējumus.

5.7. Ja APDROŠINĀTĀJS neievēro LĪGUMA 1.5.punkta nosacījumus, tad APDROŠINĀTĀJS maksā PASŪTĪTĀJAM līgumsodu 5% apmērā no summas, kuru saskaņā ar LĪGUMA 3.5.punktu PASŪTĪTĀJAM būtu jāmaksā APDROŠINĀTĀJAM.

5.8. Ja PASŪTĪTĀJS neievēro LĪGUMA 3.5.punktā un 3.6.punktā noteiktos maksājumu termiņus, tad PASŪTĪTĀJS maksā APDROŠINĀTĀJAM līgumsodu 1% summas, kuru saskaņā ar LĪGUMA 3.5.punktu PASŪTĪTĀJAM būtu jāmaksā APDROŠINĀTĀJAM.

6. GROZĪJUMI LĪGUMA DARBĪBĀ VAI TĀ DARBĪBAS PĀRTRAUKŠANA

6.1. Visi LĪGUMA grozījumi (pielikumi) ir spēkā tikai tad, ja tie noformēti rakstiski un tos parakstījušas abas PUSES. Šādi LĪGUMA grozījumi (pielikumi) ar to noformēšanas brīdi kļūst par LĪGUMA neatņemamu sastāvdaļu.

6.2. LĪGUMS var tikt apturēts vai izbeigts Latvijas Republikas normatīvajos aktos un LĪGUMĀ noteiktajos gadījumos.

6.3. Ja rodas pretrunas starp NOTEIKUMIEM (LĪGUMA 1.pielikums) un LĪGUMU vai LĪGUMA 2.pielikumu, tad noteicošais ir LĪGUMS vai LĪGUMA 2.pielikums.

7. NOBEIGUMA JAUTĀJUMI

7.1. LĪGUMA tekstā iekrāsotās vai savādāk izceltās rakstu zīmes nerada juridiskas sekas, bet attiecas uz teksta pārskatāmību, ja PUSES nākotnē nevienojas par pretējo.

7.2. LĪGUMS sastādīts uz 22 (divdesmit divām) numurētām un cauršūtām lapām, tajā skaitā LĪGUMA 1.pielikums Vispārējie noteikumi Nr. 06 un veselības apdrošināšanas noteikumi Nr. 4201.01 uz 8 (astoņām) lapām un LĪGUMA 2.pielikums finanšu piedāvājums, programmu apraksti un apmaksājamo summu apmēri uz 10 (desmit) lapām, 2 (divos) identiskos eksemplāros, kuriem ir vienāds juridisks spēks un no kuriem viens ir APDROŠINĀTĀJAM, bet otrs PASŪTĪTAJAM.

8. PUŠU REKVIZĪTI UN PĀRSTĀVJU PARAKSTI

9.

PASŪTĪTĀJS:

SIA „DOBELES NAMSAIMNIEKS"
Reģ. Nr. 48503021348
Adrese: Zaļā iela 3, Dobele,
Dobeles novads, LV-3701
Konts: LV 91UNLA0006000508407
Banka: AS „SEB banka"
Kontaktpersona: Jurista palīgs, Liene Krieviņa,
Tel. 63781306, e-pasts
juristapaligs@dobelesnamsaimnieks.lv

(Jānis Audzēvičs)

SIA "DOBELES NAMSAIMNIEKS"
galvenā grāmatvede
A.Līvmane
SIA "DOBELES NAMSAIMNIEKS"
jurists
L.Kricka

IZPILDĪTĀJS:

Apdrošināšanas AS" BALTA"
Reģ. Nr. 40003049409
Adrese: Raunas iela 10,
Rīga, LV-1039
Konts: LV13HABA0551008461190
Banka: AS " SWEDBANKA"
Kontaktpersona: RKDV, Evija Gaigale,
Tel. 29990489
e-pasts evija.gaigale@balta.lv

(Vija Kleinšmite)

Apdrošināšanas akciju sabiedrība BALTA Latvijas Republika

AAS "BALTA" APDROŠINĀŠANAS LĪGUMA VISPĀRĒJIE NOTEIKUMI NR. 06

1. APDROŠINĀŠANAS LĪGUMĀ LIETOTIE TERMINI

1.1. Apdrošinātājs – apdrošināšanas akciju sabiedrība BALTA, reģistrācijas numurs 40003049409, juridiskā adrese Raunas iela 10, Rīga, LV-1039.

1.2. Apdrošinājuma ņēmējs – juridiska vai fiziska persona, kas noslēgusi apdrošināšanas līgumu savā vai citas personas labā.

1.3. Apdrošināšanas līgums – apdrošinātāja un apdrošinājuma ņēmēja vienošanās, saskaņā ar kuru apdrošinājuma ņēmējs uzņemas saistības maksāt apdrošināšanas prēmiju līgumā noteiktajā veidā, termiņos un apmērā, kā arī izpildīt citas līgumā noteiktās saistības un apdrošinātājs uzņemas saistības, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, izmaksāt līgumā norādītajai personai apdrošināšanas atlīdzību atbilstoši apdrošināšanas līgumam, kā arī izpildīt citas līgumā noteiktās saistības.

1.4. Distances apdrošināšanas līgums – apdrošināšanas līgums, ko apdrošinātājs un apdrošinājuma ņēmējs noslēguši, vienlaikus neatrodoties vienā un tajā pašā vietā, bet līguma slēgšanas brīdī izmantojot vienu vai vairākus distances saziņas līdzekļus. Distances apdrošināšanas līguma noslēgšanas apliecinājums ir apdrošināšanas polise elektroniskās izdrukas veidā.

1.5. Apdrošināšanas polise vai polise – rakstveida dokuments vai elektroniskā izdruka, kas apliecina apdrošināšanas līguma noslēgšanu. Viena apdrošināšanas polise var apliecināt vairāku apdrošināšanas līgumu noslēgšanu. Viena apdrošināšanas līguma darbības izbeigšana vai tā atzīšana par spēkā neesošu neietekmē citu apdrošināšanas līgumu, kuru noslēgšanas apliecinājums ir attiecīgā apdrošināšanas polise, spēkā esamību.

1.6. Apdrošināšanas gadījums – ar apdrošināto risku cēloņsakarīgi saistīts notikums, kuram iestājoties, paredzēta apdrošināšanas atlīdzības izmaksa atbilstoši apdrošināšanas līgumam.

1.7. Apdrošināšanas prēmija – apdrošināšanas līgumā noteiktais maksājums par apdrošināšanu.

1.8. Apdrošinātais risks – apdrošināšanas līgumā norādītais no apdrošinātā gribas neatkarīgs notikums, kura iestāšanās iespējama nākotnē.

1.9. Apdrošināmā interese – ieinteresētība neciest zaudējumus, iestājoties apdrošinātajam riskam.

1.10. Apdrošināšanas atlīdzība – par apdrošināšanas gadījumu izmaksājamā naudas summa vai nodrošināmo pakalpojumu apmaksas. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta saskaņā ar kompensācijas principu, izņemot, ja speciālajos apdrošināšanas noteikumos vai polisē ir noteikts cits apdrošināšanas atlīdzības izmaksāšanas princips.

1.11. Apdrošināšanas līguma darbības periods – laikposms, par kuru saskaņā ar apdrošināšanas līgumu tiek maksāta apdrošināšanas prēmija un kurā ir spēkā apdrošināšana.

1.12. Apdrošināšanas līguma vispārējie noteikumi – šie noteikumi, kuri ir apdrošināšanas līguma neatņemama sastāvdaļa.

1.13. Apdrošināšanas līguma speciālie noteikumi – apdrošināšanas līguma noteikumi, kuru nosaukums un numurs norādīts apdrošināšanas polisē un kuri ir apdrošināšanas līguma neatņemama sastāvdaļa.

2. APDROŠINĀŠANAS LĪGUMA STRUKTŪRA

2.1. Apdrošināšanas līgums sastāv no apdrošināšanas polises, šiem vispārējiem noteikumiem, speciālajiem noteikumiem, kuru nosaukums un numurs ir norādīts apdrošināšanas polisē, apdrošināšanas pieteikuma, apdrošināšanas polises pielikumiem un visiem apdrošināšanas līguma grozījumiem, par kuriem apdrošinātājs un apdrošinājuma ņēmējs ir vienojušies.

2.2. Apdrošināšanas līguma vispārējie noteikumi nosaka vispārējos apdrošināšanas līguma terminus, apdrošināšanas līguma noslēgšanas un spēkā esamības kārtību, apdrošināšanas prēmijas samaksas noteikumus, apdrošināšanas prēmijas nesamaksāšanas, nesavlaicīgas vai nepilnīgas samaksas juridiskās sekas, apdrošinājuma ņēmēja un apdrošinātā vispārējos pienākumus un to neizpildes juridiskās sekas, apdrošinājuma ņēmēja un apdrošinātā tiesības, apdrošināšanas līguma darbības pirmstermiņa izbeigšanas noteikumus, strīdu izšķiršanas kārtību un citus vispārējos noteikumus.

2.3. Apdrošināšanas līguma speciālie noteikumi nosaka speciālos apdrošināšanas līguma terminus, apdrošināšanas objektus, apdrošinātos riskus, izņēmumus no apdrošinātajiem riskiem, apdrošinātāja atbildību, apdrošinājuma ņēmēja un apdrošinātā speciālos pienākumus un to neizpildes juridiskās sekas, apdrošināšanas gadījuma pieteikšanas kārtību un apdrošinātājam iesniedzamos dokumentus, apdrošināšanas atlīdzības noteikšanas un izmaksas kārtību.

2.4. Apdrošināšanas polisē ir norādīti apdrošināšanas līguma noslēgšanas vieta un datums, apdrošināšanas līguma darbības periods, apdrošinājuma ņēmējs un apdrošinātais, apdrošināšanas prēmija un tās samaksas termiņš vai termiņi, ja apdrošināšanas prēmija ir maksājama vairākās daļās, apdrošināšanas objekts, apdrošinājuma summa vai atbildības limiti civiltiesiskās atbildības apdrošināšanā, apdrošināto risku uzskaitījums, pašrisks un citi apdrošināšanas līguma noteikumi atkarībā no apdrošināšanas veida.

2.5. Ja ir konstatēta pretruna starp apdrošināšanas polisē norādītajiem noteikumiem un apdrošināšanas līguma vispārējiem vai speciālajiem noteikumiem, spēkā ir apdrošināšanas polisē norādītie noteikumi. Ja ir konstatēta pretruna starp apdrošināšanas līguma vispārējiem un speciālajiem noteikumiem, spēkā ir apdrošināšanas līguma speciālie noteikumi.

3. APDROŠINĀŠANAS LĪGUMA DARBĪBAS PERIODS UN SPĒKĀ ESAMĪBA

3.1. Apdrošināšanas līguma darbības periods ir viens gads, ja polisē nav noteikts citādi. Apdrošināšanas līguma darbības periods, tā sākuma un beigu datums ir norādīts polisē.

3.2. Apdrošināšanas līgums ir spēkā apdrošināšanas polisē norādītajā apdrošināšanas līguma darbības periodā.

3.3. Apdrošināšanas līgums stājas spēkā apdrošināšanas prēmijas vai apdrošināšanas prēmijas pirmās daļas samaksas dienā, ja apdrošināšanas polisē nav noteikts citādi.

3.4. Ja apdrošināšanas polisē ir noteikts, ka apdrošināšanas prēmija vai tās pirmā daļa tiek samaksāta pēc apdrošināšanas līguma spēkā stāšanās, tad pēc apdrošināšanas prēmijas vai tās pirmās daļas samaksas apdrošināšanas polisē noteiktajā termiņā apdrošināšanas līgums ir spēkā ar tajā norādīto spēkā stāšanās dienu.

4. APDROŠINĀŠANAS LĪGUMA DARBĪBAS TERITORIJA

4.1. Apdrošināšanas līguma darbības teritorija ir norādīta apdrošināšanas polisē un/vai apdrošināšanas līguma speciālajos noteikumos.

5. APDROŠINĀŠANAS LĪGUMA NOSLĒGŠANA

5.1. Apdrošināšanas līgumu var noslēgt klātienē vai izmantojot distances saziņas līdzekļus. Izmantojot distances saziņas līdzekļus, tiek noslēgts distances apdrošināšanas līgums.

5.2. Apdrošinātājam ir tiesības piedāvāt apdrošinājuma ņēmējam noslēgt jaunu apdrošināšanas līgumu, nosūtot apdrošinājuma ņēmējam rakstveida apdrošināšanas piedāvājumu kopā ar rēķinu par apdrošināšanas prēmijas vai tās daļas samaksu. Ja apdrošinātājs piedāvā noslēgt jaunu apdrošināšanas līgumu ar noteikumiem, kas neatšķiras no attiecīgā apdrošināšanas objekta spēkā esošā apdrošināšanas līguma noteikumiem, tad apdrošināšanas līguma noteikumus nepievieno.

5.3. Ja apdrošinājuma ņēmējs apmaksā šo noteikumu 5.2. punktā norādīto rēķinu tajā noteiktajā termiņā, tad:

5.3.1. apdrošinātāja izsniegtā rēķina apmaksa ir apdrošinājuma ņēmēja piekrišana bez jebkādiem papildu nosacījumiem jaunā apdrošināšanas līguma noslēgšanai saskaņā ar apdrošinātāja piedāvājumu;

5.3.2. apdrošinājuma ņēmēja iesniegtais apdrošinātāja rakstveida apdrošināšanas piedāvājums atzīstams par apdrošināšanas polisi un apdrošināšanas objekta polisi/-ēm, kas ir jaunā apdrošināšanas līguma noslēgšanas apliecinājums;

5.3.3. apdrošinātāja izsniegtā rēķina apmaksa ir apdrošinājuma ņēmēja apliecinājums tam, ka visa apdrošināšanas pieteikumā un apdrošināšanas polisē norādītā informācija ir patiesa;

5.3.4. jaunais apdrošināšanas līgums stājas spēkā dienā, kas noteikta rakstveida apdrošināšanas piedāvājumā;

5.3.5. papildus jaunajā apdrošināšanas polisē noteiktajām neatņemamajām sastāvdaļām par jaunā apdrošināšanas līguma neatņemamu sastāvdaļu kļūst arī apdrošinājuma ņēmēja rakstveida apdrošināšanas pieteikums jaunākajam iepriekšējam rakstveida apdrošināšanas līgumam. Apdrošinājuma ņēmējam ir pienākums rakstveidā ziņot apdrošinātājam par jebkurām izmaiņām apdrošināšanas pieteikumā, kas ir apdrošināšanas līguma neatņemama sastāvdaļa, sniegtajā informācijā.

5.4. Šo noteikumu 5.2. punktā norādītais rēķins tiek uzskatīts par apmaksātu dienā, kad apdrošinātājs ir saņēmis rēķinā norādīto summu rēķinā norādītajā kontā vai skaidrā naudā.

5.5. Ja apdrošinājuma ņēmējs nav apmaksājis šo noteikumu 5.2. punktā norādīto rēķinu līdz tajā noteiktajam datumam, tad apdrošinātāja izteiktais piedāvājums zaudē spēku dienā, kas seko dienai, kad iestājas rēķinā noteiktais apmaksas termiņš.

6. APDROŠINĀŠANAS PRĒMIJAS SAMAKSAS NOTEIKUMI

6.1. Apdrošinājuma ņēmējam ir pienākums samaksāt apdrošināšanas prēmiju apdrošinātājam apdrošināšanas polisē noteiktajos termiņos.

6.2. Ja apdrošinātājs nav saņēmis apdrošināšanas prēmiju (ja apdrošināšanas prēmijas samaksa ir noteikta vienā maksājumā) vai tās pirmo daļu (ja apdrošināšanas prēmijas samaksa ir noteikta vairākās daļās) apdrošināšanas polisē norādītajā termiņā, apdrošināšanas līgums nav stājies spēkā, ievērojot šo noteikumu 6.3. – 6.5. punkta noteikumus.

6.3. Ja apdrošināšanas prēmija vai tās pirmā daļa ir samaksāta pēc apdrošināšanas polisē noteiktā termiņa, apdrošinātājam ir tiesības atmaksāt iemaksāto apdrošināšanas prēmiju vai tās pirmo daļu. Šajā gadījumā apdrošinātājam 15 dienu laikā no apdrošināšanas prēmijas vai tās pirmās daļas saņemšanas dienas ir jāatmaksā iemaksātā apdrošināšanas prēmija vai tās pirmā daļa vai jānosūta apdrošinājuma ņēmējam lūgums paziņot apdrošinātājam apdrošināšanas prēmijas vai tās pirmās daļas atmaksas veidu.

6.4. Ja apdrošinātājs šo noteikumu 6.3. punktā noteiktajā termiņā neveic apdrošināšanas prēmijas vai tās pirmās daļas atmaksu vai nenosūta apdrošinājuma ņēmējam šo noteikumu 6.3. punktā minēto lūgumu, apdrošināšanas līgums ir spēkā ar apdrošināšanas polisē norādīto spēkā stāšanās dienu.

6.5. Ja ir iestājies apdrošinātais risks un apdrošināšanas prēmija vai tās pirmā daļa ir samaksāta pēc apdrošināšanas līgumā noteiktā prēmijas vai tās pirmās daļas samaksas termiņa un vēlāk nekā iepriekšējā dienā pirms apdrošinātā riska iestāšanās, uzskatāms, ka apdrošināšanas līgums nav stājies spēkā un apdrošinātājam ir pienākums paziņot apdrošinājuma ņēmējam par šā līguma spēkā neesību un atmaksāt samaksāto apdrošināšanas prēmiju vai tās pirmo daļu. Šajā gadījumā apdrošinātājam ir pienākums 15 dienu laikā pēc nokavētās apdrošināšanas prēmijas vai tās pirmās daļas samaksas nosūtīt apdrošinājuma ņēmējam paziņojumu par apdrošināšanas līguma spēkā neesību un atmaksāt tam samaksāto apdrošināšanas prēmiju vai tās pirmo daļu vai nosūtīt apdrošinājuma ņēmējam paziņojumu par apdrošināšanas līguma spēkā neesību, lūdzot paziņot, kādā veidā apdrošinājuma ņēmējs vēlas saņemt apdrošināšanas prēmijas vai tās pirmās daļas atmaksu, ja apdrošinātājam nav zināms veids, kādā apdrošinājuma ņēmējs var saņemt apdrošināšanas prēmijas vai tās pirmās daļas atmaksu. Apdrošinātāja pienākuma atmaksāt apdrošināšanas prēmiju izpilde neietekmē apdrošināšanas līguma spēkā neesību.

6.6. Ja apdrošinājuma ņēmējs nav samaksājis apdrošināšanas prēmijas kārtējo daļu vai to samaksājis nepilnā apmērā, apdrošinātājs nosūta apdrošinājuma ņēmējam brīdinājumu par apdrošināšanas prēmijas samaksas kavējumu, uzaicinot samaksāt kavēto apdrošināšanas prēmiju atbilstoši apdrošināšanas līguma noteikumiem un norādot apdrošināšanas prēmijas samaksas termiņu un nesamaksāšanas iespējamās sekas.

6.7. Ja brīdinājumā noteiktajā apdrošināšanas prēmijas kārtējās daļas samaksas termiņā iestājas apdrošināšanas gadījums, apdrošinātājs izmaksā apdrošināšanas atlīdzību, ja apdrošināšanas prēmijas kārtējā daļa ir samaksāta brīdinājumā noteiktajā prēmijas samaksas termiņā un apmērā.

6.8. Ja apdrošinājuma ņēmējs nesamaksā apdrošināšanas prēmijas kārtējo daļu brīdinājumā noteiktajā samaksas termiņā un apmērā, apdrošināšanas līgums uzskatāms par izbeigtu ar pirmo dienu pēc apdrošināšanas prēmijas kārtējās daļas maksājuma termiņa, kas noteikts apdrošināšanas līgumā.

6.9. Ja apdrošināšanas prēmija tiek maksāta ar pārskaitījumu, tad par samaksas datumu tiek uzskatīts datums, kad apdrošinātājs ir saņēmis maksājumu apdrošinātāja norādītajā kontā.

7. APDROŠINĀJUMA ŅĒMĒJA UN APDROŠINĀTĀ VISPĀRĒJIE PIENĀKUMI UN TIESĪBAS

7.1. Apdrošinājuma ņēmēja un apdrošinātā pienākumi, noslēdzot apdrošināšanas līgumu, ir:

7.1.1. pirms apdrošināšanas līguma noslēgšanas sniegt apdrošinātājam visu apdrošinātāja pieprasīto informāciju, kas nepieciešama riska izvērtēšanai, kā arī nodrošināt apdrošinātājam vai tā noteiktam ekspertam iespēju veikt apdrošināšanas objekta apskati, civiltiesiskās atbildības apdrošināšanā – veikt pārbaudes saistībā ar veikto apdrošināto komercdarbību apdrošināšanas līguma speciālo noteikumu izpratnē, profesionālo darbību vai apsaimniekoto īpašumu riska izvērtēšanai;

apdrošinājuma ņēmējs un apdrošinātais ir atbildīgs par apdrošinātājam sniegtās informācijas pareizīgumu

7.1.2. informēt apdrošinātāju par visiem faktoriem, kas ietekmē apdrošinātā riska iestāšanās iespējamību; ja apdrošinājuma ņēmējs šaubās par kāda faktora ietekmi, tam jākonsultējas ar apdrošinātāju;

7.1.3. apdrošinājuma ņēmējam ir pienākums informēt apdrošināto par to, ka viņš tiek apdrošināts, un par šī apdrošināšanas līguma noteikumiem;

7.1.4. neveikt nekādus pasākumus, kas palielina apdrošināto risku laikposmā no apdrošināšanas pieteikuma iesniegšanas apdrošinātājam līdz šī apdrošināšanas līguma noslēgšanai;

7.1.5. apdrošinājuma ņēmējam un apdrošinātajam ir arī citi pienākumi saistībā ar apdrošināšanas līguma noslēgšanu, kas noteikti šī apdrošināšanas līguma vispārējos noteikumos, speciālajos noteikumos, citos apdrošināšanas līguma pielikumos un Latvijas Republikā spēkā esošajos tiesību aktos.

7.2. Apdrošinājuma ņēmēja un apdrošinātā pienākumi apdrošināšanas līguma darbības laikā:

7.2.1. rakstveidā ziņot apdrošinātājam par visiem tiem zināmajiem apstākļiem, kas var palielināt apdrošinātā riska iestāšanās iespējamību vai iespējamo zaudējumu apjomu;

7.2.2. nekavējoties rakstiski paziņot apdrošinātājam par jebkurām izmaiņām, kas attiecas uz apdrošināšanas līgumu;

7.2.3. ievērot un/vai izpildīt apdrošinātāja izstrādātos norādījumus riska iestāšanās varbūtības samazināšanai, par kuru apdrošinātājs rakstiski vienojās ar apdrošinājuma ņēmēju;

7.2.4. ziņot apdrošinātājam par tiem zināmiem citiem spēkā esošiem apdrošināšanas līgumiem, kas šī apdrošināšanas līguma darbības laikā noslēgti attiecībā uz to pašu apdrošināšanas objektu ne vēlāk kā 3 (trīs) kalendāro dienu laikā no dienas, kad apdrošinājuma ņēmējs vai apdrošinātais ir uzzinājis par cita apdrošināšanas līguma noslēgšanu;

7.2.5. rakstveidā paziņot apdrošinātājam par apdrošinātās intereses neesamību ne vēlāk kā 1 (viena) kalendārā mēneša laikā pēc apdrošināmās intereses pastāvēšanas izbeigšanās;

7.2.6. neveikt pasākumus, kas palielina apdrošināto risku, bez apdrošinātāja rakstiskas piekrišanas;

7.2.7. rakstveidā paziņot apdrošinātājam par adreses un kontaktinformācijas maiņu ne vēlāk kā 5 (piecu) darbdienu laikā;

7.2.8. apdrošinājuma ņēmējam un apdrošinātajam ir arī citi pienākumi apdrošināšanas līguma darbības laikā, kas noteikti šī apdrošināšanas līguma vispārējos noteikumos, speciālajos noteikumos, citos apdrošināšanas līguma pielikumos un Latvijas Republikā spēkā esošajos publiskajos tiesību aktos.

7.3. Apdrošinājuma ņēmēja un apdrošinātā pienākumi pēc apdrošinātā riska iestāšanās:

7.3.1. nekavējoties, tiklīdz tas iespējams, paziņot par apdrošinātā riska iestāšanos apdrošinātājam un veikt visus iespējamos saprātīgos pasākumus, lai samazinātu zaudējumus;

7.3.2. iesniegt apdrošināšanas atlīdzības pieteikumu, norādot patiesas ziņas par apdrošināšanas gadījumu; apdrošināšanas atlīdzības pieteikumu var iesniegt rakstiski vai jebkurā citā apdrošinātāja norādītajā formā, tai skaitā, bet ne tikai zvanot uz apdrošinātāja norādīto tālruni vai aizpildot un iesniedzot apdrošināšanas pieteikuma formu apdrošinātāja tīmekļa vietnē vai jebkurā apdrošinātāja filiālē, aizpildot rakstisku atlīdzību pieteikuma veidlapu.

7.3.3. apdrošinātā pienākums ir atmaksāt saņemto apdrošināšanas atlīdzību vai tās daļu apdrošinātājam:

7.3.3.1. ja pēc apdrošināšanas atlīdzības izmaksas ir konstatēti fakti, kas pierāda, ka izmaksātā apdrošināšanas atlīdzība vai kāda tās daļa ir bijusi nepamatota vai atlīdzības izmaksa neatbilst apdrošināšanas līguma noteikumiem vai tiesību aktu prasībām;

7.3.3.2. ja apdrošinājuma ņēmējs vai apdrošinātais ar ļaunu nolūku vai rupjas neuzmanības dēļ sniedza apdrošinātājam nepatiesu informāciju par apdrošināto objektu vai apdrošinātā riska iestāšanās apstākļiem.

7.4. Pienākumu neizpildes sekas

7.4.1. Apdrošinātājam ir tiesības neizmaksāt apdrošināšanas atlīdzību, ja apdrošinātais vai apdrošinājuma ņēmējs ar ļaunu nolūku vai rupjas neuzmanības dēļ nav izpildījis kādu no šajā apdrošināšanas līgumā noteiktajiem pienākumiem.

7.4.2. Apdrošinātājam ir tiesības samazināt apdrošināšanas atlīdzību līdz 50%, ja apdrošinātais vai apdrošinājuma ņēmējs vieglas neuzmanības dēļ nav izpildījis kādu no šajā apdrošināšanas līgumā noteiktajiem pienākumiem.

7.5. Apdrošinājuma ņēmēja un apdrošinātā tiesības

7.5.1. Apdrošinājuma ņēmējam ir tiesības:

7.5.1.1. slēdzot apdrošināšanas līgumu, saņemt skaidrojumu no apdrošinātāja par tā darbību;

7.5.1.2. polises nozaudēšanas vai iznīcināšanas gadījumā pieprasīt un saņemt no apdrošinātāja polises kopiju;

7.5.1.3. pēc apdrošināšanas atlīdzības pieteikuma iesniegšanas saņemt apdrošinātāja rakstisku paziņojumu par pieņemto lēmumu apdrošināšanas līgumā noteiktajā kārtībā.

7.5.2. Apdrošinājuma ņēmējam un apdrošinātajam ir arī citas tiesības, kas noteiktas šī apdrošināšanas līguma vispārējos noteikumos, speciālajos noteikumos, citos apdrošināšanas līguma pielikumos un Latvijas Republikā spēkā esošajos tiesību aktos.

8. APDROŠINĀŠANAS LĪGUMA DARBĪBAS PIRMSTERMIŅA IZBEIGŠANA

8.1. Apdrošinātājs ir tiesīgs izbeigt apdrošināšanas līguma darbību šādos gadījumos:

8.1.1. ja apdrošinājuma ņēmējs un/vai apdrošinātais, slēdzot apdrošināšanas līgumu, tā darbības laikā vai pēc apdrošinātā riska iestāšanās, tajā skaitā iesniedzot apdrošināšanas atlīdzības pieteikumu, ar ļaunu nolūku vai rupjas neuzmanības dēļ ir sniedzis nepatiesu informāciju vai atsakās sniegt apdrošinātāja pieprasīto informāciju;

8.1.2. ja apdrošinātais un/vai apdrošinājuma ņēmējs ar ļaunu nolūku vai rupjas neuzmanības dēļ ir veicis darbību vai pieļāvis bezdarbību, kas palielina apdrošināto risku;

8.1.3. pēc apdrošināšanas atlīdzības izmaksas;

8.1.4. ja apdrošināšanas prēmija nav samaksāta pilnībā;

8.1.5. ja pret apdrošinājuma ņēmēju un/vai apdrošināto un/ vai labuma guvēju piemērotas sankcijas, ko normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā noteikusi Apvienoto Nāciju Organizācija, Eiropas Savienība, Ziemeļatlantijas līguma organizācijas dalībvalsts (t.sk. Amerikas Savienotās Valstis) vai Latvijas Republika.

8.1.6. citos Latvijas Republikā spēkā esošajos tiesību aktos noteiktajos gadījumos.

8.2. Apdrošināšanas līguma darbība tiek izbeigta, nosūtot apdrošinājuma ņēmējam paziņojumu, izņemot, ja Latvijas Republikā spēkā esošajos tiesību aktos nav noteikta cita

apdrošināšanas līguma izbeigšanas kārtība. Apdrošināšanas līgums ir izbeigts pēc 15 dienām no paziņojuma nosūtīšanas dienas.

8.3. Apdrošinājuma ņēmējam un apdrošinātājam vienojoties, apdrošināšanas līgums var tikt izbeigts pirms termiņa.

8.4. Apdrošināšanas līguma izbeigšanas gadījumā apdrošinātājs atmaksā apdrošinājuma ņēmējam apdrošināšanas prēmijas daļu, kuras apmēru nosaka, atskaitot apdrošināšanas prēmijas daļu par apdrošināšanas līguma darbības periodu, kad apdrošināšanas līgums bija spēkā, un apdrošinātāja izdevumus 15 procentu apmērā no atlikušās apdrošināšanas prēmijas, bet ne vairāk kā no viena gada apdrošināšanas prēmijas, un atskaitot izmaksāto apdrošināšanas atlīdzības summu. Tomēr apdrošināšanas prēmija netiks atmaksāta, ja apdrošinājuma ņēmējs vai apdrošinātais ar ļaunu nolūku vai rupjas neuzmanības dēļ ir veicis darbības vai pieļāvis bezdarbību, kas palielina apdrošinātā riska iestāšanās iespējamību, vai apdrošinātais risks iestājas apdrošinājuma ņēmēja vai apdrošinātāja ļauna nolūka dēļ, kā arī prēmija netiks atmaksāta citos Latvijas Republikā spēkā esošajos tiesību aktos noteiktajos gadījumos.

8.5. Apdrošinātājam un apdrošinājuma ņēmējam vienojoties, atmaksājamā apdrošināšanas prēmijas daļa var tikt ieskaitīta kā citas apdrošināšanas polises samaksa, un šādā gadījumā, ja apdrošināšanas līguma darbības laikā netika izmaksāta apdrošināšanas atlīdzība/-as, aprēķinot apdrošināšanas prēmijas daļu saskaņā ar šī punkta noteikumiem, netiek atskaitīti ar apdrošināšanas polises noslēgšanu saistītie apdrošinātāja izdevumi.

8.6. Ja apdrošināšanas līgums ir sākotnējais līgums par finanšu pakalpojumu sniegšanu starp apdrošinātāju un apdrošinājuma ņēmēju un tas ir distances apdrošināšanas līgums, tad apdrošinājuma ņēmējam ir tiesības izmantot atteikuma tiesības un 14 (četrpadsmit) dienu laikā pēc šī apdrošināšanas līguma noslēgšanas dienas vienpusēji atkāpties no šī apdrošināšanas līguma, rakstveidā paziņojot par to apdrošinātājam un ievērojot, ka šajā punktā noteiktais termiņš atteikuma tiesību izmantošanai ir atzīstams par neievērotu un apdrošināšanas līgums paliek spēkā, ja apdrošinātājs nesaņem apdrošinājuma ņēmēja rakstveida atteikumu 14. (četrpadsmitajā) kalendārajā dienā pēc šī apdrošināšanas līguma noslēgšanas dienas. Atteikuma tiesības nevar izmantot attiecībā uz ceļojumu apdrošināšanas līgumiem vai līdzīgajiem īstermiņa apdrošināšanas līgumiem, kuru termiņš ir mazāks par vienu mēnesi.

8.7. Ja apdrošinājuma ņēmējs atbilstoši šo noteikumu 8.6. punkta noteikumiem izmanto savas tiesības vienpusēji atkāpties no šī apdrošināšanas līguma, tad:

8.7.1. viss apdrošināšanas līgums zaudē spēku attiecībā uz visu apdrošināšanas objektu apdrošinājuma ņēmēja atteikuma paziņojuma nosūtīšanas dienā;

8.7.2. apdrošinātājs samaksā apdrošinājuma ņēmējam saņemtā apdrošināšanas prēmijas maksājuma daļu, kas tiek aprēķināta proporcionāli apdrošināšanas līguma reālajam darbības laikam, salīdzinot to ar apdrošināšanas līgumā noteikto apdrošināšanas līguma darbības periodu.

8.8. Apdrošinājuma ņēmējs nevar izmantot šo noteikumu 8.6. punktā noteiktās atteikuma tiesības, ja apdrošināšanas līguma izpildījums ir pilnībā pabeigts pēc apdrošinājuma ņēmēja vai apdrošinātā nepārprotama pieprasījuma, pirms apdrošinājuma ņēmējs izmanto savas atteikuma tiesības.

9. CITI NOTEIKUMI

9.1. Ja ir uzsināts kriminālprocess vai administratīvais process vai ir uzsākta administratīvā pārkāpuma lietvedība saistībā ar notikušo apdrošinājumu un apstākļu noskaidrošanai kriminālprocesuālā vai administratīvā procesa, vai administratīvā pārkāpuma lietvedības ietvaros ir nozīme apdrošinātāja lēmuma pieņemšanā, apdrošinātājs lēmumu par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu pieņem 30 dienu laikā no dienas, kad saņemts galīgais nolēmums. Par šādu lēmuma pieņemšanas kārtību Apdrošinātājs informē attiecīgi apdrošinājuma ņēmēju, apdrošināto, labuma guvēju vai trešo personu.

9.2. Izmaksājot apdrošināšanas atlīdzību, apdrošinātājs pārņem apdrošinātā prasījuma tiesības pret personu, kura ir atbildīga par nodarītajiem zaudējumiem izmaksātās apdrošināšanas atlīdzības apmērā.

9.3. Apdrošinātājs nevar vērsties ar subrogācijas prasību pret apdrošinātā bērniem, vecākiem vai laulāto. Tomēr apdrošinātājs var vērsties ar subrogācijas prasību pret jebkuru personu, ja zaudējumi nodarīti ar šādas personas ļaunu nolūku vai rupjas neuzmanības dēļ.

9.4. Apdrošinājuma ņēmēja, apdrošinātā vai citas personas, kurai ir tiesības pretendēt uz apdrošināšanas atlīdzību, sūdzības apdrošinātājs izskata un sniedz atbildi 20 dienu laikā no sūdzības vai pretenzijas saņemšanas dienas. Ja norādītajā termiņā objektīvu iemeslu dēļ atbildi nav iespējams sniegt, apdrošinātājs sniedz informāciju par pagarinājuma nepieciešamību un norāda saprātīgu termiņu, kad tiks sniegta atbilde.

9.5. Apdrošinātie riski, kas ir pretrunā vai ir nesavienojami ar Apvienoto Nāciju Organizācijas, Eiropas Savienības vai Amerikas Savienoto Valstu noteiktajiem tirdzniecības ierobežojumiem, aizliegumiem vai cita veida sankcijām, ir izslēgti no apdrošināšanas aizsardzības ar brīdi, no kura attiecīgie tirdzniecības ierobežojumi, aizliegumi vai cita veida sankcijas, ir piemēroti.

9.6. Ja apdrošināšanas līgumā nav noteikts citādi, Apdrošinātājs neizmaksā apdrošināšanas atlīdzību, ja apdrošinātā riska iestāšanos izraisījuši nepārvaramas varas apstākļi, tai skaitā, bet ne tikai: dabas katastrofas un stihijas, pandēmija, epidēmija, streiki, saistošo tiesību aktu grozījumi, papildinājumi vai jaunu šādu aktu pieņemšana un/vai spēkā stāšanās, t.sk. normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā izsludināts ārkārtas stāvoklis.

9.7. Apdrošinātājs kā datu pārzinis apstrādā personu datus (tai skaitā īpašu kategoriju personas datus un personas identifikācijas (klasifikācijas) kodus) ar mērķi nodrošināt apdrošināšanas līguma izpildi un apdrošinātāja vai trešās personas leģitīmo interešu ievērošanai. Uzzināt vairāk par personas datu apstrādi var apdrošinātāja tīmekļa vietnē www.balta.lv sadaļā par datu apstrādi, apdrošinātāja klientu apkalpošanas centros vai rakstot uz elektroniskā pasta adresi manidati@balta.lv.

9.8. Apdrošinātāja darbības uzraudzību veic Finanšu un kapitāla tirgus komisija, Kungu ielā 1, Rīgā, LV-1050, Latvija.

9.9. Visi ar apdrošināšanas līgumu saistītie paziņojumi un iesniegumi apdrošinājuma ņēmējam ir jāiesniedz tādā formā un veidā, lai apdrošinātājs varētu identificēt paziņojuma vai iesnieguma iesniedzēju.

9.10. Apdrošinātājs iesniedz savus paziņojumus un informāciju apdrošinājuma ņēmējam vai apdrošinātajam, nosūtot tos uz jaunāko zināmo pasta adresi, kādu ir paziņojis apdrošinājuma ņēmējs vai apdrošinātais. Visi paziņojumi tiek uzskatīti par saņemtiem 5. (piektajā) dienā pēc attiecīgā sūtījuma nodošanas pasta iestādē arī tad, ja apdrošinājuma ņēmējs vai apdrošinātais maina savu pasta adresi, neinformējot par to apdrošinātāju. Ja apdrošinājuma ņēmējs vai apdrošinātais ir informējis apdrošinātāju par savu elektroniskā pasta adresi un tālruņa numuru, apdrošinātājam ir tiesības nosūtīt savus paziņojumus uz apdrošinājuma ņēmēja vai apdrošinātā norādīto elektroniskā pasta adresi un tālruņa numuru, un šai sakarā apdrošinājuma ņēmējs un apdrošinātais apzinās, ka elektroniskais pasts ne vienmēr uzskatāms par drošu informācijas apmaiņas veidu, un apņemas necelt nekādus iebildumus pret apdrošinātāju saistībā ar informācijas (ieskaitot apdrošinājuma ņēmēja vai apdrošinātā datu un citas konfidenciālas informācijas) sūtīšanu, izmantojot elektronisko pastu. Apdrošinājuma ņēmējs, apdrošinātais, vai cita persona, kurai ir tiesības pretendēt uz apdrošināšanas atlīdzību

– 8 –

informējot par to apdrošinātāju, var izvēlēties paziņojumus un informāciju saņemt rakstveidā.

9.11. Apdrošināšanas līguma darbības laikā apdrošinātājs sazinās ar apdrošināto un apdrošinājuma ņēmēju latviešu valodā, kā arī atbild uz apdrošinātā un apdrošinājuma ņēmēja pieprasījumiem, kas izteikti latviešu, angļu vai krievu valodā.

9.12. No apdrošināšanas līguma izrietošo attiecību regulēšanai tiek piemēroti Latvijas Republikā spēkā esošie tiesību akti.

9.13. Fiziskai personai – apdrošinājuma ņēmējam, apdrošinātajam vai trešai personai ir tiesības iesniegt sūdzību Latvijas Apdrošinātāju asociācijas ombudā. Ar Latvijas Apdrošinātāju asociācijas apstiprināto kārtību (reglamentu), kādā Latvijas Apdrošinātāju asociācijas ombuds izskata apdrošinātāju klientu sūdzības var iepazīties tīmekļa vietnē www.laa.lv.

9.14. Visi strīdi apdrošināšanas līguma sakarā tiek risināti sarunu ceļā. Ja vienošanās netiek panākta, strīds tiek nodots Latvijas Republikas tiesas izšķiršanai Latvijas Republikā spēkā esošajos tiesību aktos noteiktajā kārtībā.

AAS „BALTA" VESELĪBAS APDROŠINĀŠANAS NOTEIKUMI JURIDISKĀM PERSONĀM NR.4201.01

BALTA

I NOTEIKUMOS LIETOTIE TERMINI

1.1. **Darbinieks** – apdrošinājuma ņēmēja darbinieks, ar kuru apdrošinājuma ņēmējs ir noslēdzis darba līgumu un par kuru apdrošinājuma ņēmējs veic nodokļu maksājumus.

1.2. **Apdrošinātais** – fiziska persona, kurai ir apdrošināmā interese un kuras labā starp apdrošinātāju un apdrošinājuma ņēmēju ir noslēgts apdrošināšanas līgums par veselības apdrošināšanu, saskaņā ar kuru, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, tiek apmaksāti ārstnieciskie izdevumi par ārstnieciskajiem pakalpojumiem līgumā noteiktās apdrošināšanas programmas apjomā.

1.3. **Apdrošināšanas pieteikums** – apdrošinātāja noteikts dokumentu kopums, kuru apdrošinājuma ņēmējs iesniedz apdrošinātājam, lai informētu to par faktiem, kas nepieciešami riska novērtēšanai.

1.4. **Apdrošināšanas programma** – apdrošināšanas polisē norādītajam apdrošinātajam riskam paredzētais apdrošināšanas pakalpojumu kopums un/vai pakalpojumu apmaksas procents, kuru ārstnieciskos izdevumus sedz apdrošinātājs, iestājoties apdrošināšanas gadījumam.

1.5. **Apdrošinājuma summa** – apdrošināšanas polisē noteikta naudas summa, par kuru apdrošināta katra apdrošinātā veselība, atbilstoši polisē paredzētajam apdrošinātajam riskam un kuras ietvaros, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, izmaksā apdrošināšanas atlīdzību.

1.6. **Limits** – apdrošināšanas programmā vai apmaksājamās summas apmērā noteikta naudas summa vai ārstniecisko pakalpojumu skaits, atbilstoši polisē paredzētajam riskam, kura ietvaros, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, izmaksā apdrošināšanas atlīdzību.

1.7. **Ārstnieciskie pakalpojumi** – ārstniecības iestādes sniegtie pakalpojumi apdrošinātajam atbilstoši apdrošināšanas programmai.

1.8. **Ārstnieciskie izdevumi** – izdevumi par ārstnieciskajiem pakalpojumiem ārstniecības iestādē atbilstoši apdrošināšanas programmai.

1.9. **Ārstniecības iestāde** – Latvijas Republikas Veselības aprūpes iestāžu, uzņēmumu un prakšu reģistrā reģistrēta ārstniecības iestāde vai ārstu prakse, kas nodarbojas ar ārstnieciski profilaktiskās, ārstnieciskās un rehabilitācijas palīdzības sniegšanu, kā arī aptiekas un optikas iestādes, kas darbojas Latvijas Republikas teritorijā normatīvajos aktos noteiktā kārtībā, un sporta iestādes, kas sniedz pakalpojumus veselības stāvokļa uzlabošanai un profilaksei. Par sporta iestādēm šo noteikumu izpratnē netiek uzskatīti individuālie komersanti vai personas, kas, darbojoties pašnodarbinātā, saimnieciskās darbības veicēja statusā, sniedz pakalpojumus veselības stāvokļa uzlabošanai un profilaksei.

1.10. **Līgumorganizācija** – ārstniecības iestāde, kas ir noslēgusi līgumu ar apdrošinātāju par noteiktu pakalpojumu apjomu un, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, sniedz ārstnieciskos pakalpojumus apdrošinātajām personām apdrošināšanas programmas ietvaros vai apjomā, par kādu ir panākta vienošanās ar apdrošinātāju. Samaksu par apdrošinātajām personām sniegtajiem ārstnieciskajiem pakalpojumiem līgumorganizācijā sedz apdrošinātājs. Līgumorganizāciju aktuālais saraksts ir publicēts mājas lapā www.balta.lv.

1.11. **Apmaksājamās summas apmērs** – apdrošinātāja noteikts ārstniecisko pakalpojumu saraksts ar apdrošinātāja noteikto maksimālo atlīdzības summu (par konkrētu pakalpojumu).

1.12. **Karte** – apdrošinātāja noteikta parauga veselības apdrošināšanas individuālā karte, ko izsniedz apdrošinātajam un kas apliecina apdrošināšanas līguma darbību attiecībā uz apdrošināto. Apdrošinātajam saņemot ārstnieciskos pakalpojumus līgumorganizācijās ir jāuzrāda karte kopā ar personu apliecinošu dokumentu.

1.13. **Apdrošinātais risks** – notikums, kura iestāšanās iespējama nākotnē, kad apdrošinātajam var rasties ārstnieciskie izdevumi.

II VISPĀRĪGIE NOTEIKUMI

2. Vispārīgie noteikumi

2.1. Apdrošinātājs saskaņā ar šiem noteikumiem slēdz apdrošināšanas līgumu ar apdrošinājuma ņēmēju par fizisku personu – kolektīva darbinieku veselības apdrošināšanu.

2.2. Par apdrošināto var būt jebkura fiziska persona, kura ir Latvijas Republikas pilsonis, pastāvīgais iedzīvotājs vai personai ir pastāvīgās uzturēšanās atļauja Latvijas Republikā, ja par to ir vienojušies apdrošinātājs un apdrošinātais.

2.3. Apdrošināšana ir spēkā Latvijas Republikas teritorijā.

2.4. Apdrošinājuma summa ir noteikta katrai apdrošināšanas programmai atsevišķi un ir norādīta apdrošināšanas polisē.

2.5. Apdrošināšanas gadījums ir iestājies, ja apdrošinātais ir saņēmis ārstnieciskos pakalpojumus apdrošināšanas periodā un, saskaņā ar apdrošināšanas programmu un šiem noteikumiem, apdrošinātājam ir pienākums apmaksāt ārstnieciskos izdevumus.

2.6. Veselības apdrošināšanā, apmaksājot ārstnieciskos izdevumus par saņemtajiem ārstnieciskajiem pakalpojumiem, tiek piemērots kompensācijas princips, izmaksājot apdrošināšanas atlīdzību līgumorganizācijai, apdrošinātajam vai viņa pilnvarotajai personai.

2.7. Veselības apdrošināšanas kartes darbība tiek pārtraukta brīdī, kad tā ir iesniegta Apdrošinātājam.

III APDROŠINĀŠANAS LĪGUMA NOSLĒGŠANA

3. Apdrošināšanas līguma sastāvdaļas

3.1. Pirms apdrošināšanas līguma noslēgšanas apdrošinājuma ņēmējs aizpilda apdrošināšanas pieteikumu vai sniedz apdrošināmā riska novērtēšanai nepieciešamo informāciju citā apdrošinātāja pieprasītā veidā. Apdrošināšanas pieteikums neuzliek par pienākumu ne apdrošinātājam, ne apdrošinājuma ņēmējam uzņemties kādas saistības.

3.2. Apdrošināšanas līgumu veido:

3.2.1. apdrošinājuma ņēmēja rakstveida pieteikums (riska izvērtēšanas anketa, apdrošināto saraksts, utml.);

3.2.2. veselības apdrošināšanas polise;

3.2.3. vispārējie apdrošināšanas noteikumi, juridisko personu veselības apdrošināšanas noteikumi;

3.2.4. īpašie noteikumi, ja puses par to ir vienojušās;

3.2.5. apdrošināšanas programma(as) un apmaksājamo summu apmēri, ja tādi ir;
3.2.6. karte (-s), izņemot gadījumus, kad puses vienojušās par karšu neizsniegšanu;
3.2.7. pielikums par sensitīvo personas datu apstrādi;
3.2.8. visi līguma grozījumi vai papildinājumi, par kuriem apdrošinātājs un apdrošinājuma ņēmējs ir vienojušies apdrošināšanas līguma darbības laikā.

PIENĀKUMI UN TIESĪBAS

Apdrošinātāja pienākumi un tiesības

4.1. Apdrošinātājam ir pienākums saskaņā ar noslēgto apdrošināšanas līgumu, iestājoties apdrošināšanas gadījumam, veikt apdrošināšanas atlīdzības izmaksu šo noteikumu V nodaļā paredzētajā kārtībā.
4.2. Apdrošinātājam ir tiesības piedzīt no apdrošinātā un/vai apdrošinājuma ņēmēja naudas summu, kas ir izmaksāta līgumorganizācijai:
4.2.1. pārsniedzot apdrošinājuma summu;
4.2.2. pārsniedzot limitu;
4.2.3. saņemot ārstniecisko pakalpojumu, kas apdrošināšanas programmā nav paredzēts;
4.2.4. saņemot ārstniecisko pakalpojumu pēc veselības apdrošināšanas individuālās kartes darbības pārtraukšanas.
4.3. Apdrošinātājs var izmantot tiesības vienpusēji mainīt līgumorganizāciju sarakstā iekļautās ārstniecības iestādes.

Apdrošinājuma ņēmēja pienākumi

5.1. Apdrošinājuma ņēmējam ir šādi pienākumi:
5.1.1. izsniegt apdrošinātajam kartes (ja tādas tiek izsniegtas) un informēt apdrošināto par to, ka viņš tiek apdrošināts un iepazīstināt to ar apdrošināšanas programmu un noteikumiem. Pretējā gadījumā apdrošinājuma ņēmējs atbild par neinformētības sekām un sedz tos izdevumus, kas apdrošinātājam radušies apdrošināto neinformētības rezultātā;
5.1.2. rakstveidā iesniegt apdrošinātājam izmaiņas apdrošināto sarakstā;
5.1.3. atdot apdrošinātājam apdrošinātā veselības apdrošināšanas karti, kad apdrošinātais tiek izslēgts no apdrošināto saraksta;
5.1.4. atmaksāt apdrošinātājam naudas summu, par kuru apdrošinātais ir saņēmis ārstnieciskos pakalpojumus, apdrošinātāja iesniegtajā rēķinā norādītajā termiņā:
5.1.4.1. pārsniedzot apdrošinājuma summu;
5.1.4.2. pārsniedzot limitu;
5.1.4.3. saņemot ārstniecisko pakalpojumu, kas apdrošināšanas programmā nav paredzēts;
5.1.4.4. saņemot ārstniecisko pakalpojumu pēc kartes darbības pārtraukšanas.

Strīdus gadījumā par apdrošinātā atbilstību darbinieka statusam, pēc apdrošinātāja rakstiska pieprasījuma sniegt informāciju, kas apliecina, ka par darbinieku ir veikti Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktie nodokļu maksājumi.

Apdrošinātā pienākumi un tiesības

6.1. Apdrošinātajam ir šādi pienākumi:
6.1.1. rūpēties par savas veselības saglabāšanu;
6.1.2. iepazīties ar 5.1.1. punktā norādīto informāciju;
6.1.3. iestājoties apdrošināšanas gadījumam, ievērot ārstējošā ārsta norādījumus;
6.1.4. nepieļaut iespēju citai personai izmantot viņa karti - šāda rīcība tiek kvalificēta kā krāpniecība;
6.1.5. atdot apdrošinājuma ņēmējam vai apdrošinātājam karti, kad apdrošinātais tiek izslēgts no apdrošināto saraksta;
6.1.6. sekot saviem medicīniskajiem izdevumiem, lai nepārsniegtu apdrošinājuma summu un/vai limitu;
6.1.7. atmaksāt apdrošinātājam naudas summu, par kuru apdrošinātais ir saņēmis ārstnieciskos pakalpojumus apdrošinātāja iesniegtajā rēķinā norādītajā termiņā:
6.1.7.1. pārsniedzot apdrošinājuma summu;
6.1.7.2. pārsniedzot limitu;
6.1.7.3. saņemot ārstniecisko pakalpojumu, kas apdrošināšanas programmā nav paredzēts;
6.1.7.4. saņemot ārstniecisko pakalpojumu pēc kartes darbības pārtraukšanas.
6.1.8. Kartes nozaudēšanas vai zādzības gadījumā, tiklīdz tas iespējams, ziņot apdrošinājuma ņēmējam vai apdrošinātājam. Ja apdrošinātais nozaudē karti, tā uzskatāma par nederīgu. Šajā gadījumā apdrošinātājs, pamatojoties uz apdrošinājuma ņēmēja vai apdrošinātā rakstisku iesniegumu, izdod tās dublikātu.
6.2. Apdrošinātais apdrošināšanas periodā var saņemt ārstnieciskos pakalpojumus ārstniecības iestādē, kas nav attiecīgās programmas apdrošinātāja līgumorganizācija, ja apdrošināšanas programma paredz šādu iespēju. Apdrošinātais par saņemtiem ārstnieciskajiem pakalpojumiem norēķinās no personīgajiem līdzekļiem apdrošināšanas periodā un, tiklīdz tas iespējams, bet ne vēlāk kā 30 dienu laikā pēc līguma darbības beigām, iesniedz atlīdzības pieteikumu par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu un citus 8.punktā minētos dokumentus.
6.3. Apdrošinātais ir atbildīgs par iesniedzamo datu pareizību, iesniedzot maksājumu dokumentu oriģinālus Valsts Ieņēmumu dienestā (VID), lai saņemtu kompensāciju par attaisnotajiem izdevumiem par ārstnieciskajiem pakalpojumiem.
6.4. Apdrošinātais ar savu parakstu apliecina, ka pilnvaro apdrošinātāju apstrādāt un izmantot personas sensitīvos datus, kā arī piekrīt ekspertīzei pie apdrošinātāja izvēlēta ārsta eksperta veselības stāvokļa pārbaudei sakarā ar apdrošināšanas gadījumu. Šis pilnvarojums tiek noformēts kā pielikums pie polises par sensitīvo personas datu apstrādi.
6.5. Gadījumā, ja apdrošināšanas atlīdzības pieteikums un citi atlīdzības saņemšanai nepieciešamie dokumenti iesniegti elektroniski apdrošinātāja interneta mājas lapā www.balta.lv, apdrošinātajam ir pienākums uzglabāt apdrošinātājam iesniegto dokumentu oriģinālus 3 gadus pēc pakalpojuma saņemšanas, kā arī pēc apdrošinātāja rakstiska pieprasījuma uzrādīt dokumentu oriģinālus.

V APDROŠINĀŠANAS ATLĪDZĪBA

7. Apdrošināšanas atlīdzības pieteikšana

7.1. Apdrošināšanas atlīdzību var pieteikt:
7.1.1. apdrošinātais, tā pilnvarotā persona vai likumiskais pārstāvis:
7.1.1.1. apdrošinātāja birojā;
7.1.1.2. nosūtot pa pastu;
7.1.2. tikai apdrošinātais – elektroniski interneta mājas lapā www.balta.lv;
7.2. Apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai ir jāiesniedz šādi dokumenti:
7.2.1. pieteikums apdrošināšanas atlīdzības izmaksai, izņemot atlīdzību piesakot elektroniski;
7.2.2. izraksts no ambulatorā un/vai stacionārā slimnieka medicīniskās kartes, kas apstiprina saņemtos ārstnieciskos pakalpojumus un kur norādīta pilna diagnoze, lietotā ārstēšana, ārstēšanās gaita;

izmeklējumu rezultāti, kas apstiprina diagnozi;

7.2.3. ārstnieciskos izdevumus apstiprinoši finansu dokumenti, kuros precīzi norādīts pakalpojuma saņēmējs, pakalpojuma (preces) nosaukums un daudzums, cena;

7.2.4. citi apdrošinātāja pieprasītie dokumenti, kas saistīti ar apdrošināšanas gadījuma iestāšanos un atlīdzības noteikšanu;

7.2.5. ja atlīdzību saņem apdrošinātā pilnvarota persona – notariāli apstiprināta pilnvara;

7.2.6. ja atlīdzību saņem likumiskais pārstāvis (nepilngadīga apdrošinātā tēvs, māte vai aizbildnis) – bērna dzimšanas apliecības kopija.

8. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksa

8.1. Apdrošināšanas atlīdzību apdrošinātājs izmaksā:

8.1.1. līgumorganizācijai – saskaņā ar savstarpēji noslēgto līgumu;

8.1.2. apdrošinātajam vai tā pilnvarotajai personai, kas norēķinājies no personīgiem līdzekļiem par ārstnieciskajiem pakalpojumiem, atbilstoši apdrošināšanas programmai;

8.1.3. apdrošinātā bērna likumiskajam pārstāvim, kas norēķinājies par bērnam sniegtajiem ārstnieciskajiem pakalpojumiem no personīgiem līdzekļiem, atbilstoši apdrošināšanas programmai;

8.2. Ja apdrošinātais no personīgajiem līdzekļiem norēķinājies par programmā paredzētajiem pakalpojumiem ārstniecības iestādē, kas nav attiecīgās programmas apdrošinātāja līgumorganizācija vai par pakalpojumiem, kas nav iekļauti apdrošinātāja apmaksājamo pakalpojumu sarakstā līgumorganizācijā, un ja apdrošināšanas programma paredz šādu iespēju, tad atlīdzība tiek izmaksāta par faktiskajiem izdevumiem, bet nepārsniedzot apdrošinātāja noteikto maksimālo atlīdzību summu/apmaksājamās summas apmēru par attiecīgo ārstniecisko pakalpojumu.

8.3. Ja ārstniecības iestādes ārstnieciskā pakalpojuma cena pārsniedz apdrošinātāja noteikto apmaksājamās summas apmēru, cenas starpību apdrošinātais sedz no personīgajiem līdzekļiem.

8.4. Kopējā izmaksājamā apdrošināšanas atlīdzība par vienu vai vairākiem apdrošināšanas gadījumiem apdrošināšanas līguma darbības laikā nedrīkst pārsniegt apdrošināšanas programmas apdrošinājuma summu. Līgums pēc apdrošināšanas atlīdzības izmaksāšanas paliek spēkā starpības apmērā starp sākotnējo apdrošinājuma summu un izmaksāto atlīdzību.

8.5. Apdrošinātājs lēmumu par apdrošināšanas atlīdzības izmaksu vai atteikumu izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību pieņem 7 darba dienu laikā no visu nepieciešamo dokumentu saņemšanas dienas. Ja apdrošinātājam objektīvu iemeslu dēļ nav iespējams ievērot šo termiņu, apdrošinātājs to var pagarināt uz laiku līdz sešiem mēnešiem no dienas, kad saņemts atlīdzības pieteikums, rakstiski par to informējot personu, kurai ir tiesības saņemt apdrošināšanas atlīdzību.

8.6. Apdrošinātājs ir tiesīgs atteikties izmaksāt apdrošināšanas atlīdzību, ja apdrošinājuma ņēmējs vai apdrošinātais ar ļaunu nolūku vai rupjas neuzmanības dēļ nav izpildījis kādu no šajos noteikumos un savstarpēji noslēgtajā līgumā starp apdrošinājuma ņēmēju un apdrošinātāju minētos pienākumus.

Izņēmumi

Apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta, ja ārstnieciskie izdevumi radušies sekojošu iemeslu dēļ:

9.1.1. apdrošinātajam piedaloties kara vai karam pielīdzinātās darbībās, jebkura veida militāru formējumu darbībā, terorisma, kā arī masu nemieru rezultātā;

9.1.2. radioaktīvās saindēšanās, radioaktīvā piesārņojuma, dabas katastrofu rezultātā;

9.1.3. apdrošinātajam ārstējot pašam sevi, lietojot medikamentus vai narkotiskas vielas, ja to lietošana nav paredzēta no ārstnieciskā viedokļa vai ārsts tos nav izrakstījis;

9.1.4. ja apdrošināšanas gadījums ir iestājies alkohola, toksisko, narkotisko vai citu apreibinošo vielu lietošanas rezultātā;

9.1.5. ja apdrošinātais pats apzināti nodarījis kaitējumu savai veselībai;

9.1.6. apdrošinātajam izdarot noziedzīgu nodarījumu vai piedaloties tajā, ja stājies spēkā notiesājošs spriedums.

9.2. Veselības apdrošināšana nesedz:

9.2.1. izdevumus par pakalpojumiem, kas attiecīgajā apdrošināšanas programmā minēti kā neapmaksājamie pakalpojumi;

9.2.2. honorārus;

9.2.3. seksuāli transmisīvo slimību diagnostiku un ārstēšanu, saslimšanu ar AIDS un HIV vīrusa pārnēsāšanu, diagnostiku un ārstēšanu;

9.2.4. putnu un cūku gripas vīrusu diagnostiku un ārstēšanu;

9.2.5. ģenētiskos izmeklējumus;

9.2.6. grūtniecības aprūpes līgumus;

9.2.7. pirmsoperācijas un pēcoperācijas aprūpes līgumus;

9.2.8. plastisko ķirurģiju;

9.2.9. konservatīvās un ķirurģiskās (bariatriskās) ārstēšanas metodes pacientiem ar patoloģisku aptaukošanos, t.sk. gastroplastiku;

9.2.10. individuālo posteni stacionārā;

9.2.11. orgānu transplantācijas operācijas;

9.2.12. radinieka vai tuvas personas uzturēšanos stacionārā;

9.2.13. sociālo aprūpi, mājas aprūpi;

9.2.14. izglītojoši informatīvas nodarbības un lekcijas;

9.2.15. audu aizstājējmateriālus; espanderus; protēzes; implantus; medicīnisko aparatūru;

9.2.16. ambulatoros un stacionāros pakalpojumus iestādēs, kas nav reģistrētas LR Ārstniecības iestāžu un sertifikācijas reģistrā.

3.pielikums
Iepirkumam Nr. SIA DN 2021/1

Finanšu piedāvājums

1. Gada apdrošinājuma summa vienam SIA „DOBELES NAMSAIMNIEKS" darbiniekam pamata programmas (P) pakalpojumu klāstam (nevar būt mazāka par EUR 2500,00)
EUR **300 000 000,00** (trīs simts miljoni euro un 00 centi).
(summa vārdiem)
2. Gada apdrošināšanas prēmija vienam SIA „DOBELES NAMSAIMNIEKS" darbiniekam par **pamata programmu (P)**
EUR **174,00** (viens simts septiņdesmit četri euro un 00 centi).
(summa vārdiem)
3. Gada apdrošināšanas prēmija vienam SIA „DOBELES NAMSAIMNIEKS" darbiniekam par **programmu zobārstniecība (Z)**
EUR **56,00** (piecdesmit seši euro un 00 centi).
(summa vārdiem)
4. Gada apdrošināšanas prēmija vienam SIA „DOBELES NAMSAIMNIEKS" darbiniekam par **programmu medikamenti (M)**
EUR **25,00** (divdesmit pieci euro un 00 centi).
(summa vārdiem)
5. Finanšu piedāvājuma kopsummas aprēķina tabula:

Veselības apdrošināšanas programmas nosaukums	Prognozētais darbinieku skaits *	Gada apdrošināšanas prēmija, EUR	Gada apdrošināšanas prēmijas summa, EUR
1	**2**	**3**	**4 = 2 x 3**
Gada apdrošināšanas prēmija SIA „DOBELES NAMSAIMNIEKS" darbiniekam **pamata programmai (P)**	60	174,00	10 440,00
Gada apdrošināšanas prēmija SIA „DOBELES NAMSAIMNIEKS" darbiniekam **programmu zobārstniecība (Z)**	25	56,00	1400,00
Gada apdrošināšanas prēmija SIA „DOBELES NAMSAIMNIEKS" darbiniekam **programmu medikamenti (M)**	55	25,00	1375,00
		Finanšu piedāvājuma kopsumma:	**13 215,00**

* Līguma noslēgšanas gadījumā kopējais darbinieku skaits var mainīties +/-10% robežās. SIA „DOBELES NAMSAIMNIEKS" katram darbiniekam apmaksās pamata programmu (P). SIA „DOBELES NAMSAIMNIEKS" darbiniekam būs iespēja par saviem līdzekļiem papildus iegādāties izvēles programmu zobārstniecība (Z) un medikamenti (M).

Finanšu piedāvājuma kopsumma **EUR 13 215,00** (trīspadsmit tūkstoši divi simti piecpadsmit euro un 00 centi).

Ar šo mēs apstiprinām un garantējam sniegto ziņu patiesumu un precizitāti.

AAS " BALTA" filiāles " Tukuma nodaļa un Dobeles KAC " vadītāja Vija Kleinšmite
Dokuments parakstīts ar Elektronisko iepirkumu sistēmas parakstu

VESELĪBAS APDROŠINĀŠANA

BALTA

PROGRAMMA „AMBULATORĀ UN STACIONĀRĀ PALĪDZĪBA" – AS4 AR STACIONĀRIEM MAKSAS PAKALPOJUMIEM

Apdrošinājuma summa – 300 000 000EUR apdrošināšanas periodā.



A4 AMBULATORĀ PALĪDZĪBA

Pacienta iemaksa – ambulatorā diagnostika un ārstēšana Latvijas Republikas tiesību aktos noteiktā apmērā un kārtībā.
Ambulatorie maksas pakalpojumi:

- maksas ģimenes ārstu, ārstu-speciālistu, profesoru, docentu konsultācijas (iekļaujot dokumentu noformēšanu un analīžu paņemšanu);
- ārstniecības personu mājas vizītes (iekļaujot to laikā sniegtos medicīniskos pakalpojumus un transporta izdevumus);
- ar darba specifiku saistītās obligātās veselības pārbaudes (atbilstoši MK noteikumiem Nr.219) un sanitārās grāmatiņas, uz kurām likumā noteiktā kārtībā norīko darba devējs;
- ārstnieciskās manipulācijas (injekcijas, intravenozās infūzijas, locītavu punkcijas un injekcijas, biopsijas, blokādes, epidurālās blokādes, blokādes RTG kontrolē, punkcijas, mazās ķirurģiskās operācijas, pārsiešanas, nagu ablācijas, repozīcijas u.c.);
- pilna asins aina, asins un urīna bioķīmiskie rādītāji (aknu testi un fermenti, slāpekļa vielmaiņa, olbaltumvielas, iekaisuma marķieri un reimotesti, glikozes regulācija (glikoze, glikozes slodzes tests, glikohemoglobīns, C peptīds) elektrolīti, lipīdi), asins grupas un rēzus piederības noteikšana, koaguloģijas rādītāji (asins tecēšanas laiks, asins recēšanas laiks, APTL, INR, protrombīna, fibrinogēna, trombīna un antitrombīna III izmeklējumi), HBs Ag, vairogdziedzera hormoni un izmeklējumi (T3, T4, TSH, antivielas pret tireoperioksidāzi), ērču encefalīta antivielu noteikšana, parathormons, lizocīms, cistatīns C, ginekoloģiskās iztriepes un onkocitoloģija, prostatas eksprimāta izmeklēšana, krēpu analīze (mikroskopija, astmas elementi, citoloģija), ātrais tests uz ß hemolītisko streptokoku, eozinofilie leikocīti deguna sekrētā, urīna klīniskā analīze, fēču izmeklējumi (koprogramma, slēptās asinis, parazītu oliņas), serozo dobumu un smadzeņu šķidrumu analīze un izmeklējumi (ērču encefalīta vīrusa IgM likvorā, amilāze, kreatinīns, kopējais olbaltums), citoloģija;
- diagnostiskie izmeklējumi ar ārsta norīkojumu, t. sk.:
  - rentgenizmeklējumi ar vai bez kontrastēšanas, mamogrāfija, elektrokardiogramma, ultrasonogrāfija, asinsvadu doplerogrāfiska izmeklēšana, dupleksskenēšana, ehokardiogrāfija, osteodensitometrija, elptests, veloergometrija, Holtera monitorēšana, tredmils, optiskās koherences tomogrāfija, datorizēta encefalogrāfija, elektroencefalogrāfija, neirogrāfija, elektromiogrāfija, cistoskopija, uretroskopija, histeroskopija, fibrolaringoskopija u.c.;
- augsto tehnoloģiju diagnostiskie izmeklējumi ar ārsta norīkojumu, t. sk.:
  - datortomogrāfijas izmeklējumi ar un bez kontrastēšanas, gastrointestinālie endoskopiskie izmeklējumi, t.sk. fibrogastroskopija, kolonoskopija, scintigrāfija u.c. dārgo tehnoloģiju izmeklējumi un to laikā veiktās manipulācijas un anestēzija;
- medicīniskās apskates un izziņas:
  - autovadītājiem;
  - ieroču iegādes vai nēsāšanas atļaujas saņemšanai,
  - citas izziņas;

fizikālās terapijas procedūras (elektroforēze, transkutāna eletroneirostimulācija, diadinamiskās strāvas, didinamoforēze, sinusoidāli modulētās strāvas un forēze, interferences strāvas un forēze, elektostimulācija, 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 parafīmu, ar māliem, ar smiltīm, ar siltuma paketēm, bankas, ultraskaņa, amplipluss) ar limitu 15EUR par procedūru;
neatliekamā valsts medicīniskā palīdzība.
rofilaktiskā vakcinācija (jebkura) ar limitu 50EUR apdrošināšanas periodā, tostarp ārsta apskate pirms vakcinācijas, vakcīnas izmaksu segšana un akcinācijas veikšana atbilstoši vakcīnas instrukcijā norādītajai shēmai un ierakstu potēšanas pasē.
mbulatorās rehabilitācijas kurss ar limitu 200EUR apdrošināšanas periodā atbilstoši diagnozei un ārsta nozīmējumam pēc medicīniski apstiprinātas traumas, kas notikusi līguma darbības laikā:

- fizikālās terapijas procedūrām (ultraskaņa, elektroforēze, lāzerterapija, UAF, parafīna-ozokerīta aplikācijas, dūņu aplikācijas u. c.);
- klasisko masāžu;
- manuālo terapiju;
- ūdens procedūrām (Šarko duša, cirkulārā duša, zemūdens masāža);
- ārstniecisko vingrošanu grupā un individuāli;



S4 STACIONĀRĀ PALĪDZĪBA

enta iemaksa un līdzmaksājums – stacionārā diagnostika, ārstēšana un rehabilitācija Latvijas Republikas tiesību aktos noteiktā apmērā un ībā.

75 001 75

as apdrošināšanas atlīdzību kontakttālrunis
laiks: darbdienās 8.30 – 17.00

VESELĪBAS APDROŠINĀŠANA

BALTA

Stacionārie maksas pakalpojumi ar limitu 6 00EUR par apdrošināšanas gadījumu (GL).
Maksas pakalpojumi diennakts stacionārā:
- par katru diennakts stacionārā pavadīto dienu;
- par ārstnieciskajām manipulācijām un diagnostiskiem izmeklējumiem diennakts stacionārā;
- par maksas operācijām diennakts stacionārā;
- par uzturēšanos paaugstināta servisa palātā diennakts stacionārā.

Maksas pakalpojumi dienas stacionārā:
- par katru dienas stacionārā pavadīto dienu;
- par ārstnieciskajām manipulācijām un diagnostiskiem izmeklējumiem dienas stacionārā;
- par maksas operācijām dienas stacionārā;
- par uzturēšanos paaugstināta servisa palātā dienas stacionārā.

KUR UN KĀ SAŅEMT PAKALPOJUMUS?

Apmaksas veids:	AAS BALTA LĪGUMORGANIZĀCIJĀS - pakalpojums iekļauts sadarbības līgumā ar ārstniecības iestādi: JĀ	AAS BALTA LĪGUMORGANIZĀCIJĀS - pakalpojums iekļauts sadarbības līgumā ar ārstniecības iestādi: NĒ	CITĀS ĀRSTNIECĪBAS IESTĀDĒS
Apmaksu veic ar veselības apdrošināšanas karti.	✓		
Apmaksu veic no personīgiem līdzekļiem un iesniedz atlīdzības pieteikumu AAS BALTA, t.sk. par ambulatorās rehabilitācijas pakalpojumiem, fizikālās terapijas procedūrām, augsto tehnoloģiju diagnostiskie izmeklējumi.		✓	✓

ŅEMIET VĒRĀ!

AAS BALTA veselības apdrošināšanas noteikumi Nr.4201.01 ir pieejami www.balta.lv vai jebkurā AAS BALTA filiālē visā Latvijā.

Apmaksājot pakalpojumus ar AAS BALTA veselības apdrošināšanas karti, jāuzrāda personu apliecinošs dokuments (pase, eID karte vai dzimšanas pliecība).

r AAS BALTA līgumorganizāciju sarakstu iespējams iepazīties AAS BALTA mājaslapā:
ww.balta.lv > Saņemt atlīdzību > Veselības apdrošināšanas līgumorganizācijas

tlīdzība par AAS BALTA līgumiestādēs un nelīgumiestādēs saņemtajiem pakalpojumiem, kas apmaksāti no personīgajiem līdzekļiem, tiek veikta askaņā ar apmaksājamo summu apmēriem un apdrošināšanas līguma nosacījumiem.

akalpojumi tiek atlīdzināti, ja tie sniegti saskaņā ar LR normatīvajiem aktiem ārstniecības iestādē, kas ir reģistrēta LR ārstniecības iestāžu reģistrā ārstniecības iestāžu atbilstības reģistrā, par ko iespējams pārliecināties:
eselības inspekcijas mājaslapā www.vi.gov.lv vai zvanot AAS BALTA pa tālruni 675 001 75.

acionāros maksas pakalpojumus iespējams saņemt:
pamatojoties uz AAS BALTA garantijas vēstuli stacionārām līgumorganizācijām;
eicot personīgos norēķinus un iesniedzot atlīdzības pieteikumu.
sagatavotu garantijas vēstuli, apdrošinātai personai 3 darba dienas pirms paredzamās operācijas jāsazinās ar AAS BALTA pa tālruni 675 001 75
jānosūta "Iesniegums maksas operācijas garantijas sagatavošanai" uz e-pastu: veseliba.atlidzibas@balta.lv
snieguma veidlapu var atrast: www.balta.lv/lv/atlidzibas/atlidzibu-pieteikuma-veidlapas

675 001 75

elības apdrošināšanas atlīdzību kontakttālrunis
alaiks: darbdienās 8.30 – 17.00

VESELĪBAS APDROŠINĀŠANA

BALTA

ATLĪDZĪBAS PIETEIKŠANA

Atlīdzību iespējams pieteikt jebkurā AAS BALTA birojā, mājaslapā www.balta.lv vai BALTA mobilā lietotnē vai pa pastu – Raunas iela 10, LV-1039, Rīga.

Atlīdzības pieteikšanai nepieciešamie dokumenti:

- elektroniskā kases aparāta (EKA) čeks, kurā iekļauts:
  - pakalpojuma sniedzēja nosaukums, vienotais reģistrācijas Nr., juridiskā adrese;
  - pakalpojuma saņēmēja vārds, uzvārds, personas kods;
  - saņemtā pakalpojuma nosaukums un daudzums, cena, datums;
- vai stingrās uzskaites kvīts, kas iekļauj iepriekš minēto informāciju un kurā norādīts VID rīkojuma datums, numurs un punkts, saskaņā ar kuru ārstniecības iestādei ir atļauts neizmantot EKA;
- ārsta norīkojums diagnostiskiem vai laboratoriskiem izmeklējumiem;
- potēšanas pases kopija;
- ārsta norīkojums ambulatorai rehabilitācijai, medicīniskā dokumentācija, kurā fiksēts traumas fakts;
- izraksts no ambulatora un/vai stacionāra slimnieka medicīniskās kartes par saņemtajiem ārstnieciskajiem pakalpojumiem, ja čekā nav šādas informācijas, un citi dokumenti, kas nepieciešami atlīdzības lietas izskatīšanai.

ATLĪDZĪBAS SAŅEMŠANA

AAS BALTA atlīdzina iztērētos līdzekļus **5 darba dienu laikā** pēc visu nepieciešamo dokumentu saņemšanas, ņemot vērā programmas pakalpojumu apmaksāto apjomu. Piesakot atlīdzību mājaslapā www.balta.lv un BALTA mobilā lietotnē – **2 darba dienu laikā.**

Ja apdrošinātais atlīdzības saņemšanai iesniedz nepilnīgu dokumentāciju, AAS BALTA rakstveidā informē apdrošināto par papildu nepieciešamajiem dokumentiem. Apdrošinātajai personai 15 dienu laikā no vēstules izsūtīšanas dienas ir jāiesniedz pieprasītā papildu dokumentācija, pretējā gadījumā AAS BALTA neatlīdzina radušos zaudējumus.

Apdrošināšanas atlīdzību apdrošinātais var pieteikt apdrošināšanas polises darbības laikā un līdz pat 3 mēnešiem pēc polises derīguma termiņa.

NEAPMAKSĀJAMIE PAKALPOJUMI

AAS BALTA neapmaksā šādus maksas pakalpojumus:
alkoholisma, narkomānijas un toksikomānijas, logopēdisko, psihiatrisko, psihoterapeitisko, psiholoģisko, seksopatoloģisko, miega un svara traucējumu ārstniecību; trihologa, dietologa, androloga, ģenētika, neonatologa, tehniskā ortopēda, podologa, podiatra pakalpojumus (t.sk. podometriju, pēdu aprūpi); manuālā terapeita, rehabilitologa, kinezioloģa, fizioterapeita atkārtotas konsultācijas un nodarbības; grūtnieču aprūpes pakalpojumus, ģimenes plānošanu, neauglības un ar to saistīto ginekoloģisko saslimšanu ārstniecību, kontracepciju, diagnostiku auglim; komplementāro jeb papildinošo (netradicionālo) medicīnu, izņemot homeopāta konsultācijas; ambulatorās rehabilitācijas pakalpojumus bez medicīniskās dokumentācijas, kurā fiksēts traumas fakts; stacionārās rehabilitācijas pakalpojumus; prostatas un ginekoloģisko masāžu; veselības pārbaudes (t.sk. kompleksās un check-up) programmas; sporta medicīnas pakalpojumus; hidrokolonoterapiju; intravitreālās injekcijas; plazmaferēzi; hemodialīzi; asins un orgānu lāzerterapiju; baroterapiju; imunoterapiju, autohemoterapiju u.tml.; kosmētisko ārstēšanu, manipulācijas dermatoloģijā, izņemot biopsiju, analīžu paņemšanu un dermatoskopiju; vēnu skleroterapiju un operācijas; redzes korekcijas operācijas; acs refrakciju koriģējošo ārstniecību; neiroķirurģiskās, otolaringoloģiskās, mikroķirurģiskās, mugurkaula, sirds, asinsvadu, locītavu endoskopiskās, protezēšanas un rekonstruktīvās operācijas, artroskopiju, HeLP, audu, orgānu plastiku, maksas stacionāros pakalpojumus pirms līguma darbības sākuma konstatētām saslimšanām; honorārus, t.sk. ķirurga izvēli operācijās; maksas dzemdību palīdzību, t.sk. uzturēšanos servisa palātā pēcdzemdību periodā; onkoloģisko (laundabīgo), paliatīvo, staru slimības un tuberkulozes ārstniecību; medicīniskās izziņas svešvalodās; pakalpojumus bez medicīniskām indikācijām; stacionārā saņemtos pakalpojumus, kurus var veikt ambulatori; pirmstermiņa obligātās veselības pārbaudes un izziņas; rentgenogrammas, medicīnas un optikas preces, operācijās pielietotās tehnoloģijas, zobārstniecības pakalpojumus, medikamentus; pakalpojumus, kas polises noslēgšanas brīdī nebija reģistrēti ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju datu bāzē, kā arī pakalpojumus, kas neatbilst LR normatīvo aktu prasībām un apdrošināšanas programmas nosacījumiem.

675 001 75

...ības apdrošināšanas atlīdzību kontakttālrunis
...laiks: darbdienās 8.30 – 17.00

AAS BALTA APMAKSĀJAMĀS SUMMAS APMĒRS

pakalpojumiem, kas saņemti ārpus līgumiestādēm vai nav iekļauti līgumiestādes apmaksājamo pakalpojumu sarakstā

BALTA

AS4

Ārstnieciskie pakalpojumi	
Ārstu konsultācijas	**Cena līdz, EUR**
Maksas ģimenes ārsta, ārsta-speciālista konsultācija	50,00
Ārstniecības personu mājas vizīte	50,00
Profesora, docenta konsultācija	290,00
Manipulācijas, procedūras	
Ārstnieciskās manipulācijas	30,00
Biopsija	30,00
Injekcijas	30,00
Intravenoza infūzija (sistēma)	30,00
Blokāde, locītavas punkcija, injekcija locītavā	30,00
Epidurālā blokāde	30,00
Nelielas ķirurģiskas operācijas (proves abrāzija, nagu noņemšana u.c.)	30,00
Diagnostika	
Rentgenogrāfija (vienā plaknē)	40,00
Orgānu rentgenogrāfija ar kontrastvielu	40,00
Mamogrāfija	40,00
Ultrasonogrāfija	40,00
Asinsvadu doplerogrāfija, dupleksskenēšana	40,00
Osteodensitometrija	40,00
Holtera monitorēšana, asinsspiediena diennakts reģistrēšana	40,00
Veloergometrija, tredmils	40,00
Elektrokardiogrāfija	40,00
Ehokardiogrāfija	40,00
Fibrolaringoskopija, videostroboskopija	40,00
Datorizēta encefalogrāfija, elektroencefalogrāfija, neirogrāfija, elektromiogrāfija	40,00
Bronhoskopija, cistoskopija	40,00
Dārgo tehnoloģiju izmeklējumi	
Elptests gastroenteroloģijā	150,00
Endoskopiskie izmeklējumi (gastroskopija, histeroskopija u.c.)	150,00
Kolonoskopija	150,00
Scintigrāfija	150,00
Optiskās koherences tomogrāfija	150,00
Datortomogrāfija (CT) ar/bez kontrastvielas	150,00
Magnētiskā rezonanse (MR) ar/bez kontrastvielas	150,00
Magnētiskās rezonanses (MR) angiogrāfija	150,00
Citi dārgo tehnoloģiju izmeklējumi	150,00
Neatliekamā valsts palīdzība	100% apmērā
Laboratoriskie izmeklējumi – atbilstoši programmas noteikumiem pēc SIA E. Gulbja laboratorija vai SIA NMS laboratorija cenām	100% apmērā
Komisijas	
Medicīniskās komisijas un izziņas (autovadītāju, ieroču nēsāšanas atļaujas saņemšanai u.c.)	30,00
Ar darba specifiku saistītās obligātās veselības pārbaudes atbilstoši MK noteikumiem	100% apmērā
Citas medicīniskās izziņas	5,00

VESELĪBAS APDROŠINĀŠANA

BALTA

PROGRAMMA „MEDIKAMENTU IEGĀDE" – B3

Apdrošinājuma summa/ atlīdzības limits 100EUR apdrošināšanas periodā norēķinus veicot no personīgiem līdzekļiem.

.

Programma nodrošina ambulatorai ārstēšanai nepieciešamo medikamentu iegādi ar 50% atlaidi.

Vienā receptē tiek apmaksāts viena medikamenta viens oriģināls vai viena mēneša deva. Medikamenti jāiegādājas atbilstoši receptes derīguma termiņam.

ŅEMIET VĒRĀ!

No personīgiem līdzekļiem iegādātie pakalpojumi tiks atlīdzināti saskaņā ar veselības apdrošināšanas programmas nosacījumiem.

ATLĪDZĪBAS PIETEIKŠANA

Atlīdzību iespējams pieteikt jebkurā AAS BALTA birojā, mājaslapā www.balta.lv vai pa pastu – Raunas iela 10, LV-1039, Rīga.
Atlīdzības pieteikšanai nepieciešamie dokumenti:

- elektroniskā kases aparāta (EKA) čeks, kurā iekļauts:
  - pakalpojuma sniedzēja nosaukums, vienotais reģistrācijas Nr., juridiskā adrese;
  - pakalpojuma saņēmēja vārds, uzvārds, personas kods;
  - saņemtā pakalpojuma nosaukums un daudzums, cena, datums;
- vai stingrās uzskaites kvīts, kas iekļauj iepriekš minēto informāciju un kurā norādīts VID rīkojuma datums, numurs un punkts, saskaņā ar kuru ārstniecības iestādei ir atļauts neizmantot EKA;
- receptes kopija.

ATLĪDZĪBAS SAŅEMŠANA

AAS BALTA atlīdzina iztērētos līdzekļus **5 darba dienu laikā** pēc visu nepieciešamo dokumentu saņemšanas, ņemot vērā programmas pakalpojumu apmaksāto apjomu. Piesakot atlīdzību mājaslapā www.balta.lv un BALTA mobilā lietotnē – **2 darba dienu laikā.**

Ja apdrošinātais atlīdzības saņemšanai iesniedz nepilnīgu dokumentāciju, AAS BALTA rakstveidā informē apdrošināto par papildu nepieciešamajiem dokumentiem. Apdrošinātajai personai 15 dienu laikā no vēstules izsūtīšanas dienas ir jāiesniedz pieprasītā papildu dokumentācija, pretējā gadījumā AAS BALTA neatlīdzina radušos zaudējumus.
Apdrošināšanas atlīdzību apdrošinātais var pieteikt apdrošināšanas polises darbības laikā un līdz pat 3 mēnešiem pēc polises derīguma termiņa

NEAPMAKSĀJAMIE PAKALPOJUMI

AAS BALTA neapmaksā šādas LR Zāļu reģistrā un/vai Eiropas Savienības centralizētā procedūrā reģistrēto medikamentu grupas: vitamīni, minerālvielu piedevas, organismu stiprinoši līdzekļi, pretaptaukošanās, psihoanaleptiski, neiroleptiski un atkarību ārstējoši līdzekļi, narkotiskie, pretsēnīšu, pretvīrusu, pretdiabēta līdzekļi, seruma lipīdus reducējošas zāļu vielas, mikroorganismi caurejas ārstēšanai, prostatoterapeitiski un erekcijas traucējumus ārstējoši līdzekļi, hormonus saturoši zāļu līdzekļi, fermentu un enzīmu preparāti, līdzekļi pret osteoporozi, bronholītiski, pretastmas, pretepilepsijas, pretparkinsonisma, anestēzijas, pretglaukomas, miotiski, antiseptiski, ādu mīkstinoši, aizsargājoši, brūču un čūlu ārstējoši līdzekļi, līdzekļi pret psoriāzi, pretpiņņu, pretmikobaktēriju, pretaudzēju un imūnsistēmu ietekmējoši līdzekļi, plazmas aizstājēji un infūzijas šķīdumi, serumi, imunoglobulīni, vakcīnas, pretparazītu līdzekļi, insekticīdi un repelenti, metabolisma, pretreiboņa līdzekļi, uztura bagātinātāji, bišu produkti, organismu atindējoši, homeopātiski, kontraceptīvi, augu izcelsmes un Ginkgo biloba saturoši līdzekļi, drogas, tējas, ārstnieciskie šampūni.
Neapmaksā medikamentus, kas nav reģistrēti LR Zāļu reģistrā, Eiropas Savienības centralizētā procedūrā www.vza.gov.lv, un neterapeitiskus līdzekļus – plāksterus, šķīdinātājus, diagnostikas līdzekļus, inhalatorus, dezinfekcijas līdzekļus, pārsienamos materiālus u. tml.

675 001 75

Veselības apdrošināšanas atlīdzību kontakttālrunis
Darbalaiks: darbdienās 8.30 – 17.00

es Namsaimnieks, 2021

ESELĪBAS APDROŠINĀŠANA

BALTA

PROGRAMMA „ZOBĀRSTNIECĪBA" – C2

šinājuma summa/atlīdzības limits ir 200EUR apdrošināšanas periodā norēķinus veicot no personīgiem līdzekļiem.

amma nodrošina kvalificētus zobārstniecības pakalpojumus ar 50% atlaidi:
iekamo palīdzību;
a konsultāciju un rentgenogrammu diagnozes precizēšanai;
peitiskos pakalpojumus;
ģiskos pakalpojumus;
dontiju;
ējo anestēziju.
amma nodrošina ar 100% atlaidi:
es dobuma higiēnas pakalpojumus 2 reizes apdrošināšanas periodā (vienu reizi 6 mēnešos).

IET VĒRĀ!

ersonīgiem līdzekļiem iegādātie pakalpojumi tiks atlīdzināti saskaņā ar veselības apdrošināšanas programmas nosacījumiem un apmaksājamo u apmērā.
S BALTA apmaksājamo summu apmēriem iespējams iepazīties AAS BALTA mājaslapā:
balta.lv > Saņemt atlīdzību > Veselības apdrošināšana > Apmaksājamās summas apmēri
ojumi tiek atlīdzināti, ja tie saņemti ārstniecības iestādē, kas ir reģistrēta LR ārstniecības iestāžu un sertifikācijas reģistrā un ārstniecības u atbilstības reģistrā, par ko iespējams pārliecināties:
bas inspekcijas mājaslapā www.vi.gov.lv vai zvanot AAS BALTA pa tālruni 675 001 75.

ATLĪDZĪBAS PIETEIKŠANA

bu iespējams pieteikt jebkurā AAS BALTA birojā, mājaslapā www.balta.lv vai pa pastu – Raunas iela 10, LV-1039, Rīga.
bas pieteikšanai nepieciešamie dokumenti:
ksts par saņemtajiem zobārstniecības pakalpojumiem (zoba numurs, virsmas, izmantotie materiāli un pakalpojuma izcenojumi), ja šādu rmāciju nesatur finanšu dokumentācija;
troniskā kases aparāta (EKA) čeks, kurā iekļauts:
akalpojuma sniedzēja nosaukums, vienotais reģistrācijas Nr., juridiskā adrese;
akalpojuma saņēmēja vārds, uzvārds, personas kods;
ņemtā pakalpojuma nosaukums un daudzums, cena, datums;
stingrās uzskaites kvīts, kas iekļauj iepriekš minēto informāciju un kurā norādīts VID rīkojuma datums, numurs un punkts, saskaņā ar kuru niecības iestādei ir atļauts neizmantot EKA.

ATLĪDZĪBAS SAŅEMŠANA

ALTA atlīdzina iztērētos līdzekļus **5 darba dienu laikā** pēc visu nepieciešamo dokumentu saņemšanas, ņemot vērā programmas ojumu apmaksāto apjomu. Piesakot atlīdzību mājaslapā www.balta.lv un BALTA mobilā lietotnē – **2 darba dienu laikā.**
drošinātais atlīdzības saņemšanai iesniedz nepilnīgu dokumentāciju, AAS BALTA rakstveidā informē apdrošināto par papildu ešamajiem dokumentiem. Apdrošinātajai personai 15 dienu laikā no vēstules izsūtīšanas dienas ir jāiesniedz pieprasītā papildu entācija, pretējā gadījumā AAS BALTA neatlīdzina radušos zaudējumus.
šināšanas atlīdzību apdrošinātais var pieteikt apdrošināšanas polises darbības laikā un līdz pat 3 mēnešiem pēc polises derīguma termiņa

NEAPMAKSĀJAMIE PAKALPOJUMI

ALTA neapmaksā zobu kosmētisku pārklāšanu ar plombējamo materiālu, porcelāna plombas, zobu protezēšanu, t. sk. diagnostiskos s, inlejas, onlejas, venīrklājumus, tapas, skrūves, periodonta slimību ārstēšanu, ortopantomogrammas (augšžokļa un apakšžokļa panorāmas nuzņēmumus), kariesa profilaksi ar silantiem un fluoroprotektoriem, zobu balināšanu, nakts kapes, trīsdimensiju datortomogrāfiju.

75 001 75

bas apdrošināšanas atlīdzību kontakttālrunis
laiks: darbdienās 8.30 – 17.00

Namsaimnieks, 2021

BALTA APMAKSĀJAMĀS MAS APMĒRS

umiem, kas saņemti ārpus līgumiestādēm vai nav iekļauti ādes apmaksājamo pakalpojumu sarakstā

KS"

tniecības pakalpojumi	Cena līdz, EUR*
itiskā zobārstniecība	
(ārstēšanas plāna sagatavošana, zobu kartes aizpildīšana)	15,00
icija	7,20
ntgens	5,70
anestēzija, infiltrācijas anestēzija	5,70
anestēzija	1,50
mbēšana – vienā virsmā	31,50
mbēšana – divās virsmās	36,00
mbēšana – trīs virsmās	50,00
mbēšana premolāriem un molāriem zobiem – četrās virsmās	57,00
ņa atjaunošana ar plombējamo materiālu	57,00
ira atjaunošana ar plombējamo materiālu	43,00
plombe (kariozo masu izņemšana un kavitātes pagaidu slēgšana)	15,00
ārstnieciskā odere	15,00
rurģija	
es zoba ekstrakcija, ieskaitot brūces apstrādi	22,00
kņu zoba ekstrakcija, ieskaitot brūces apstrādi	29,00
a zoba ekstrakcija	36,00
likšana pēc ekstrakcijas	7,20
as apturēšana pēc ekstrakcijas ar tamponādi	8,60
abscesa atvēršana	15,00
as ķirurģiskas manipulācijas, operācijas	43,00
nālu ārstēšana (endodontija), ieskaitot anestēziju, rentgenu un koferdamu	
es zobam	57,00
zobam	86,00
airāk sakņu zobam	114,00
ildījuma (cements, gutaperča utt.) izņemšana endodontijas gadījumā	15,00

A apmaksājamās summas apmērs apdrošinātajām personām var tikt papildināts, mainoties līgumorganizāciju izcenojumiem vai niem. Ar aktuālo informāciju iespējams iepazīties AAS BALTA mājaslapā www.balta.lv.

aprēķins par zobārstniecības pakalpojumiem tiek veikts saskaņā ar programmas "Zobārstniecība" nosacījumiem, par pamatu ņemot A apmaksājamās summas apmērus (šajā kolonnā), kuriem tiek piemērots zobārstniecības programmas atlaides procents (%). ā zobārstniecības pakalpojuma cena ir zemāka par šajā kolonnā norādīto cenu, tad atlīdzība tiek aprēķināta atlaides (%) zobārstniecības iestādes pakalpojuma cenas.

Neapmaksājamie pakalpojumi

Programma "Medikamenti"

Neapmaksā šādas LR Zāļu reģistrā un/vai Eiropas Savienības centralizētā procedūrā reģistrēto medikamentu grupas: vitamīni, minerālvielu piedevas, organismu stiprinoši līdzekļi, pretaptaukošanās, psihoanaleptiski, neiroleptiski un atkarību ārstējoši līdzekļi, narkotiskie, pretsēnīšu, pretvīrusu, pretdiabēta līdzekļi, seruma lipīdus reducējošas zāļu vielas, mikroorganismi caurejas ārstēšanai, prostatoterapeitiski un erekcijas traucējumus ārstējoši līdzekļi, hormonus saturoši zāļu līdzekļi, fermentu un enzīmu preparāti, līdzekļi pret osteoporozi, bronholītiski, pretastmas, pretepilepsijas, pretparkinsonisma, anestēzijas, pretglaukomas, miotiski, antiseptiski, ādu mīkstinoši, aizsargājoši, brūču un čūlu ārstējoši līdzekļi, līdzekļi pret psoriāzi, pretpiņņu, pretmikobaktēriju, pretaudzēju un imūnsistēmu ietekmējoši līdzekļi, plazmas aizstājēji un infūzijas šķīdumi, serumi, imunoglobulīni, vakcīnas, pretparazītu līdzekļi, insekticīdi un repelenti, metabolisma, pretreiboņa līdzekļi, uztura bagātinātāji, bišu produkti, organismu atindējoši, homeopātiski, kontraceptīvi, augu izcelsmes un Ginkgo biloba saturoši līdzekļi, drogas, tējas, ārstnieciskie šampūni.

Neapmaksā medikamentus, kas nav reģistrēti LR Zāļu reģistrā, Eiropas Savienības centralizētā procedūrā www.vza.gov.lv, un neterapeitiskus līdzekļus – plāksterus, šķīdinātājus, diagnostikas līdzekļus, inhalatorus, dezinfekcijas līdzekļus, pārsienamos materiālus u. tml.

Programma "Zobārstniecība"

Neapmaksā zobu kosmētisku pārklāšanu ar plombējamo materiālu, porcelāna plombas, zobu protezēšanu, t. sk. diagnostiskos veiduļus, inlejas, onlejas, venīrklājumus, tapas, skrūves, periodonta slimību ārstēšanu, ortopantomogrammas (augšžokļa un apakšžokļa panorāmas rentgenuzņēmumus), kariesa profilaksi ar silantiem un fluoroprotektoriem, zobu balināšanu, nakts kapes, trīsdimensiju datortomogrāfiju.

Programma "Ambulatorā un stacionārā palīdzība":

Neapmaksā šādus maksas pakalpojumus:

alkoholisma, narkomānijas un toksikomānijas, logopēdisko, psihiatrisko, psihoterapeitisko, psiholoģisko, seksopatoloģisko, miega un svara traucējumu ārstniecību; trihologa, dietologa, androloga, ģenētika, neonatologa, tehniskā ortopēda, podologa, podiatra pakalpojumus (t.sk. podometriju, pēdu aprūpi); manuālā terapeita, rehabilitologa, kineziologa, fizioterapeita atkārtotas konsultācijas un nodarbības; grūtnieču aprūpes pakalpojumus, ģimenes plānošanu, neauglības un ar to saistīto ginekoloģisko saslimšanu ārstniecību, kontracepciju, diagnostiku auglim; komplementāro jeb papildinošo (netradicionālo) medicīnu, izņemot homeopāta konsultācijas; ambulatorās rehabilitācijas pakalpojumus bez medicīniskās dokumentācijas, kurā fiksēts traumas fakts; stacionārās rehabilitācijas pakalpojumus; prostatas un ginekoloģisko masāžu; veselības pārbaudes (t.sk. kompleksās un check-up) programmas; sporta medicīnas pakalpojumus; hidrokolonoterapiju; intravitreālās injekcijas; plazmaferēzi; hemodialīzi; asins un orgānu lāzerterapiju; baroterapiju;

BALTA

Neapmaksājamie pakalpojumi

Programma "Medikamenti"

Neapmaksā šādas LR Zāļu reģistrā un/vai Eiropas Savienības centralizētā procedūrā reģistrēto medikamentu grupas: vitamīni, minerālvielu piedevas, organismu stiprinoši līdzekļi, pretaptaukošanās, psihoanaleptiski, neiroleptiski un atkarību ārstējoši līdzekļi, narkotiskie, pretsēnīšu, pretvīrusu, pretdiabēta līdzekļi, seruma lipīdus reducējošas zāļu vielas, mikroorganismi caurejas ārstēšanai, prostatoterapeitiski un erekcijas traucējumus ārstējoši līdzekļi, hormonus saturoši zāļu līdzekļi, fermentu un enzīmu preparāti, līdzekļi pret osteoporozi, bronholītiski, pretastmas, pretepilepsijas, pretparkinsonisma, anestēzijas, pretglaukomas, miotiski, antiseptiski, ādu mīkstinoši, aizsargājoši, brūču un čūlu ārstējoši līdzekļi, līdzekļi pret psoriāzi, pretpiņņu, pretmikobaktēriju, pretaudzēju un imūnsistēmu ietekmējoši līdzekļi, plazmas aizstājēji un infūzijas šķīdumi, serumi, imunoglobulīni, vakcīnas, pretparazītu līdzekļi, insekticīdi un repelenti, metabolisma, pretreiboņa līdzekļi, uztura bagātinātāji, bišu produkti, organismu atindējoši, homeopātiski, kontraceptīvi, augu izcelsmes un Ginkgo biloba saturoši līdzekļi, drogas, tējas, ārstnieciskie šampūni.

Neapmaksā medikamentus, kas nav reģistrēti LR Zāļu reģistrā, Eiropas Savienības centralizētā procedūrā www.vza.gov.lv, un neterapeitiskus līdzekļus – plāksterus, šķīdinātājus, diagnostikas līdzekļus, inhalatorus, dezinfekcijas līdzekļus, pārsienamos materiālus u. tml.

Programma "Zobārstniecība"

Neapmaksā zobu kosmētisku pārklāšanu ar plombējamo materiālu, porcelāna plombas, zobu protezēšanu, t. sk. diagnostiskos veiduļus, inlejas, onlejas, venīrklājumus, tapas, skrūves, periodonta slimību ārstēšanu, ortopantomogrammas (augšžokļa un apakšžokļa panorāmas rentgenuzņēmumus), kariesa profilaksi ar silantiem un fluoroprotektoriem, zobu balināšanu, nakts kapes, trīsdimensiju datortomogrāfiju.

Programma "Ambulatorā un stacionārā palīdzība":

Neapmaksā šādus maksas pakalpojumus:

alkoholisma, narkomānijas un toksikomānijas, logopēdisko, psihiatrisko, psihoterapeitisko, psiholoģisko, seksopatoloģisko, miega un svara traucējumu ārstniecību; trihologa, dietologa, androloga, ģenētika, neonatologa, tehniskā ortopēda, podologa, podiatra pakalpojumus (t.sk. podometriju, pēdu aprūpi); manuālā terapeita, rehabilitologa, kineziologa, fizioterapeita atkārtotas konsultācijas un nodarbības; grūtnieču aprūpes pakalpojumus, ģimenes plānošanu, neauglības un ar to saistīto ginekoloģisko saslimšanu ārstniecību, kontracepciju, diagnostiku auglim; komplementāro jeb papildinošo (netradicionālo) medicīnu, izņemot homeopāta konsultācijas; ambulatorās rehabilitācijas pakalpojumus bez medicīniskās dokumentācijas, kurā fiksēts traumas fakts; stacionārās rehabilitācijas pakalpojumus; prostatas un ginekoloģisko masāžu; veselības pārbaudes (t.sk. kompleksās un check-up) programmas; sporta medicīnas pakalpojumus; hidrokolonoterapiju; intravitreālās injekcijas; plazmaferēzi; hemodialīzi; asins un orgānu lāzerterapiju; baroterapiju;

imunoterapiju, autohemoterapiju u.tml.; kosmētisko ārstēšanu, manipulācijas dermatoloģijā, izņemot biopsiju, analīžu paņemšanu un dermatoskopiju; vēnu skleroterapiju un operācijas; redzes korekcijas operācijas; acs refrakciju koriģējošo ārstniecību; neiroķirurģiskās, otolaringoloģiskās, mikroķirurģiskās, mugurkaula, sirds, asinsvadu, locītavu endoskopiskās, protezēšanas un rekonstruktīvās operācijas, artroskopiju, HeLP, audu, orgānu plastiku, maksas stacionāros pakalpojumus pirms līguma darbības sākuma konstatētām saslimšanām; honorārus, t.sk. ķirurga izvēli operācijās; maksas dzemdību palīdzību, t.sk. uzturēšanos servisa palātā pēcdzemdību periodā; onkoloģisko (ļaundabīgo), paliatīvo, staru slimības un tuberkulozes ārstniecību; medicīniskās izziņas svešvalodās; pakalpojumus bez medicīniskām indikācijām; stacionārā saņemtos pakalpojumus, kurus var veikt ambulatori; pirmstermiņa obligātās veselības pārbaudes un izziņas; rentgenogrammas, medicīnas un optikas preces, operācijās pielietotās tehnoloģijas, zobārstniecības pakalpojumus, medikamentus; pakalpojumus, kas polises noslēgšanas brīdī nebija reģistrēti ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju datu bāzē, kā arī pakalpojumus, kas neatbilst LR normatīvo aktu prasībām un apdrošināšanas programmas nosacījumiem.

Dokuments parakstīts ar Elektronisko iepirkumu sistēmas parakstu