

1.pielikums

Piemaksas veselības uzturēšanai, uzlabošanai vai veselības apdrošināšanai izmaksāšanas un apdrošināšanas prēmijas maksājumu ieturēšanas no apdrošināto darbinieku darba samaksas kārtībai, kas apstiprināta ar VAS „Latvijas dzelzceļš” 07.11.2013. rīkojumu Nr. DV-3.1./457-2013

(Vārds, uzvārds, personas kods)

(Darba vieta)

(Vieta, datums)

(Darba devēja nosaukums)

**Finanšu direkcijas Darba algas aprēķina un uzskaites nodaļai
Latvijas Dzelzceļnieku un satiksmes nozares arodbiedrībai**

IESNIEGUMS

Parakstot šo Iesniegumu apliecinu, ka esmu informēts, ka Latvijas Dzelzceļnieku un satiksmes nozares arodbiedrība (turpmāk - LDzSA) manās interesēs un labā ir noslēgusi līgumu ar ERGO Life Insurance SE Latvijas filiāli (turpmāk - ERGO) par veselības apdrošināšanas nodrošināšanu (turpmāk arī - veselības apdrošināšanas līgums) un, saskaņā ar šo LDzSA un ERGO savstarpēji noslēgto veselības apdrošināšanas līgumu (katras polises spēkā esamības termiņš ir viens gads, kas sākas 01.oktobrī un beidzas nākamā gada 30.septembrī). Esmu iepazinies ar ERGO veselības apdrošināšanas noteikumiem Nr. VA 01-2014 un programmu, un ar savu parakstu apliecinu, ka tiem piekrītu, tie man ir saprotami un labprātīgi piekrītu veselības apdrošināšanai.

Esmu informēts, ka izvēlēta veselības apdrošināšanas programma un polise ir spēkā vienu apdrošināšanas gadu, apdrošināšanas gada laikā to nevar mainīt un tā automātiski pagarinās uz nākamo apdrošināšanas periodu, ja 36 (trīsdesmit sešas) dienas līdz attiecīgā apdrošināšanas perioda beigām neiesniegšu paziņojumu LDzSA par vēlmi neturpināt veselības apdrošināšanu.

Saskaņā ar veselības apdrošināšanas līguma noteikumiem, veselības apdrošināšanas programmai var pievienoties arī mani ģimenes locekļi. Parakstot šo iesniegumu apliecinu, ka mani ģimenes locekļi ir izlasījuši veselības apdrošināšanas noteikumus, piekrīt tiem un pievienojas.

Esmu informēts, ka pievienoties veselības apdrošināšanas līgumam iespējams līdz kārtējās polises spēkā stāšanās termiņam.

Lūdzu katru mēnesi vai vienu reizi gadā visā veselības apdrošināšanas līguma darbības laikā, sākot ar 20____.gada 01.oktobri, ieturēt un pārskaitīt ERGO no man aprēķinātās darba samaksas veselības apdrošināšanas prēmiju par manu un manu ģimenes locekļu, kas norādīti zemāk tabulā, veselības apdrošināšanu:

Nr	Vārds, Uzvārds	Personas kods	Dzīves vieta	Programmas Nr.	Ikmēneša prēmijas apmērs, EUR*	Gada prēmijas apmērs, EUR**	Radniecības pakāpe
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

Uzmanību! Darbinieks aizpilda tikai vienu no šīm ailēm:

** Aizpilda gadījumos, ja darbinieks apdrošināšanas prēmiju maksā vienu reizi mēnesī;*

*** Aizpilda gadījumos, ka darbinieks apdrošināšanas prēmiju maksā vienu reizi gadā.*

Parakstot šo iesniegumu (darbinieks/apdrošinātie ģimenes locekļi) apliecinu, ka esmu informēts, saprotu un piekrītu, ka saskaņā ar LDzSA un ERGO savstarpēji noslēgto līgumu par veselības apdrošināšanas nodrošināšanu un LDzSA un ERGO un VAS "Latvijas dzelzceļš" vienošanos par Darba devēja darbinieku un ģimenes locekļu ar veselības apdrošināšanu saistīto dokumentu un informācijas apriti (turpmāk –vienošanās) veselības apdrošināšanas līgumā un vienošanās paredzētajiem mērķiem un apjomā LDzSA un VAS "Latvijas dzelzceļš" veiks manu personas datu apstrādi saskaņā ar spēkā esošo tiesību aktu prasībām, kā arī piekrītu minētos personu datus nodot tālākai apstrādei ERGO noslēgtā veselības apdrošināšanas līguma un vienošanās izpildes nodrošināšanai.

Darbinieka ģimenes locekļa paraksts (tikai pilngadīgām personām)

(Vārds, Uzvārds)

(Paraksts, datums)

(Vārds, Uzvārds)

(Paraksts, datums)

Esmu informēts, ka par „ģimenes locekļiem” tiek atzītas personas, kuras ir mans:

- 1) *laulātais,*
- 2) *pirmās pakāpes lejupējie jeb bērni, adoptētie,*
- 3) *pirmās pakāpes augšupējie jeb vecāki, adoptētāji.*

Augstāk minētā brīdinājuma pārkāpšanas gadījumā apņemos segt visus ERGO , LDzSA un darba devējam radītos zaudējumus.

Esmu informēts, ka man un maniem ģimenes locekļiem nav tiesību atteikties no veselības apdrošināšanas polises tās spēkā esamības laikā, izņemot gadījumus, kad darba tiesiskās attiecības tiek pārtrauktas.

Darba tiesisko attiecību izbeigšanas gadījumā:

- 1) apņemos atgriezt savu apdrošināšanas polisi - karti darba devēja nozīmētai personai trīs darba dienas pirms darba tiesisko attiecību izbeigšanas; Tādā gadījumā neiebilstu, ka par mēnesi, kurā darba attiecības tiek izbeigtas, no manas darba samaksas tiek aprēķināta un ieturēta veselības apdrošināšanas prēmija,
- vai**
- 2) pamatojoties uz atsevišķu iesniegumu, no manas darba samaksas aprēķina un ietur veselības apdrošināšanas prēmiju par visu atlikušo polises spēkā esamības laiku pilnā apjomā.

Gadījumā, ja pēc attiecīgās polises darbības termiņa beigām es vai mans ģimenes loceklis neiebilst turpināt saņemt veselības apdrošināšanas pakalpojumus, nemainot izvēlēto apdrošināšanas programmu, šis iesniegums uzskatāms par pietiekamu pamatu turpināt ieturējumu veikšanu no man aprēķinātās darba samaksas par katru nākamo polisi.

Esmu informēts, ka jebkuri strīdi, kas rodas izpildot veselības apdrošināšanas līgumu un izmantojot polisi, tiek risināti pārrunu ceļā, pamatojoties uz iesniegumu, kas adresējams Latvijas Dzelzceļnieku un satiksmes nozares arodbiedrībai, Dzirnau ielā 147a, Rīga, LV-1050, kontaktpersona – Elvīra Bobrovska, tālr. 67233320 vai mob.tālr. 29532936, e-pasts: elvira.bobrovska@ldzsa.lv .

Ar parakstu apliecinu, ka augstāk norādītā informācija ir patiesa, man saprotama un kurai piekrītu:

(Vārds, Uzvārds)

(Paraksts)