



Veselības apdrošināšanas noteikumi Nr. 14.8/ EIS dalībniekiem

Apdrošināšanas noteikumos lietotie termini un to skaidrojumi

Apdrošinātājs — ADB „Gjensidige” Latvijas filiāle, kas darbojas saskaņā ar Statūtiem un spēkā esošiem Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem.

Apdrošinājumaņēmējs — juridiskā persona, kura ir noslēgusi Apdrošināšanas līgumu ar Apdrošinātāju.

Apdrošinātā persona — fiziskā persona (Apdrošinājumaņēmēja darbinieks, tā ģimenes loceklis — bērns, laulātais, vecāki līdz 65 gadu vecumam), kuras labā ir noslēgts apdrošināšanas līgums.

Ārstniecības iestāde — Latvijas Republikas Veselības aprūpes iestāžu un prakšu reģistrā reģistrēta ārstniecības iestāde vai ārstu prakse, kas nodarbojas ar ārstnieciskās palīdzības sniegšanu.

Līgumiestāde — sadarbības partneris, ar kuru Apdrošinātājs ir noslēdzis līgumu par Apdrošināto personu apkalpošanu.

Apdrošināšanas gadījums — notikums, kuram iestājoties saskaņā ar šiem noteikumiem un Apdrošināšanas programmas noteikumiem paredzēta apdrošināšanas atlīdzības izmaksa.

Apdrošinājuma summa — apdrošināšanas līgumā noteiktā naudas summa, par kuru ir apdrošināta personas veselība vai fiziskais stāvoklis.

Apdrošināšanas prēmija — apdrošināšanas līgumā noteiktais maksājums par apdrošināšanu.

Apdrošināšanas atlīdzība — par apdrošināšanas gadījumu izmaksājamā summa atbilstoši apdrošināšanas līgumam.

Apdrošināšanas līgums — līgums, kas nosaka Apdrošinātāja un Apdrošinājumaņēmēja pienākumus un tiesības; līgums sastāv no apdrošināšanas pieteikuma, polises, apdrošināšanas noteikumiem un īpašiem nosacījumiem, ja tie nepieciešami.

Veselības apdrošināšanas programma — konkrēti ar cilvēka veselību un fizisko stāvokli saistīti pakalpojumi, par kuriem Apdrošinātājs apmaksā/ izmaksā apdrošināšanas atlīdzību, ja iestājies atbilstošs gadījums.

Individuālā apdrošināšanas polise — dokuments, kas izsniegts Apdrošinātājai personai un apliecina, ka Apdrošinātā persona ir tiesīga saņemt Apdrošinātāja apmaksātus medicīnas pakalpojumus, saskaņā ar starp Apdrošinājumaņēmēju un Apdrošinātāju noslēgto Veselības apdrošināšanas līgumu.

1. Vispārējie noteikumi

Apdrošinājumaņēmēji šajā apdrošināšanas veidā var būt tikai juridiskas personas.

Apdrošinātās personas var būt Apdrošinājumaņēmēja darbinieki, ar kuriem ir noslēgts darba līgums un par kuriem tiek veikti nodokļu maksājumi, kā arī darbinieku ģimenes locekļi, ja to paredz Apdrošināšanas līgums.

Apdrošināšanas līgums darbojas tikai Latvijas Republikas teritorijā saskaņā ar likuma "Par apdrošināšanas līgumu" normām un citiem Latvijas Republikā spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem.

2. Pušu tiesības un pienākumi

- 2.1.1. Apdrošinātājam ir pienākums desmit darba dienu laikā pēc Apdrošināto personu (darbinieku un ģimenes locekļu) un izvēlēto Veselības apdrošināšanas programmu saraksta saņemšanas no Apdrošinājumaņēmēja sagatavot Apdrošināšanas līgumu un izgatavot katrai apdrošinātājai personai Individuālās apdrošināšanas polises, Klienta grāmatu (ja tāda nepieciešama) un atbilstošās Veselības apdrošināšanas programmas noteikumus un izsniegt tās Apdrošinājumaņēmējam, kā arī iesniegt rēķinu apdrošināšanas prēmijas samaksai. Veselības apdrošināšanas programmu noteikumi pēc savstarpējas vienošanās starp Apdrošinātāju un Apdrošinājumaņēmēju var tikt nosūtīti elektroniski, neizsniedzot katrai Apdrošinātājai personai atsevišķi.
- 2.1.2. Nodrošināt savlaicīgas un pilnīgas apdrošināšanas atlīdzības izmaksas atbilstoši starp Apdrošinājumaņēmēju un Apdrošinātāju noslēgtam līgumam, Veselības apdrošināšanas programmai un Apdrošināšanas noteikumiem.
- 2.1.3. Apdrošinātājam ir tiesības piedzīt no Apdrošinātās personas un/vai Apdrošinājumaņēmēja zaudējumus, kas radušies Apdrošinātājam, Apdrošinātās personas un/vai Apdrošinājumaņēmēja pienākumu nepildīšanas un/vai līguma noteikumu neievērošanas rezultātā.
- 2.1.4. Apdrošinātājam ir tiesības līguma darbības laikā pārskatīt Apdrošinājumaņēmējam piešķirtās atlaides, kuras tiek noteiktas līgumā tā slēgšanas brīdī, ja izmaksāto apdrošināšanas atlīdzību kopējā summa pārsniedz kopējās saņemtās apdrošināšanas prēmijas.
- 2.1.5. Apdrošinātājam ir tiesības saņemt no Apdrošinātās personas parakstu par Apdrošinātāja tiesībām apstrādāt personas sensitīvos datus, kā arī veikt ekspertīzi un pārbaudīt saņemto pakalpojumu atbilstību apdrošināšanas noteikumiem un to saņemšanas nepieciešamību.
- 2.1.6. Gadījumā, ja Apdrošinātājs konstatē, ka Apdrošinātās personas Individuālo apdrošināšanas polisi ir izmantojusi cita persona, Apdrošinātājam ir tiesības slēgt Individuālo apdrošināšanas polisi no Apdrošinātās personas piedzenot visus radušos zaudējumus. Apdrošināšanas prēmija par slēgto polisi netiek atgriezta un tiek ieturēta pilnā apmērā.
- 2.1.7. Apdrošinātājam ir tiesības līguma darbības laikā veikt izmaiņas līgumorganizāciju sarakstā. Līgumorganizāciju sarakstu un jaunākās izmaiņas līgumorganizāciju sarakstā Apdrošinātājs izvietoj internetā mājas lapā www.gjensidige.lv.
- 2.2. **Apdrošinājumaņēmēja tiesības un pienākumi:**
 - 2.2.1. Apdrošinājumaņēmējs ir atbildīgs par patiesas un pilnīgas informācijas sniegšanu Apdrošinātājam.
 - 2.2.2. Apdrošinājumaņēmējam ir pienākums vienlaicīgi iesniegt Apdrošinātājam elektroniski aizpildītas Pieteikumu formas darbinieku veselības apdrošināšanai un darbinieku ģimenes locekļu apdrošināšanai, norādot vārdu, uzvārdu, personas kodu, ar ģimenes locekļiem saistīto darbinieku un izvēlēto programmu.
 - 2.2.3. Apdrošinājumaņēmējam ir pienākums pēc Apdrošinātāja pieprasījuma papildus iesniegt Apdrošinātājam visus Apdrošinātāja pieprasītos dokumentus, kas apliecina Apdrošinājumaņēmēja darbinieku skaitu un/vai satur citu informāciju, kas Apdrošinātājam nepieciešama, lai izvērtētu vai pārliecinātos par Apdrošinājumaņēmēja iesniegto sarakstu atbilstību šiem noteikumiem. Gadījumā, ja Apdrošinājumaņēmējs atsakās iesniegt Apdrošinātājam iepriekš minēto informāciju vai ir sniedzis nepatiesu informāciju, Apdrošinājumaņēmējam tiek piemērota soda nauda 15% apmērā no parakstītās gada prēmijas.
 - 2.2.4. Apdrošinājumaņēmējam ir pienākums, izsniedzot Individuālo apdrošināšanas polisi saņemt no Apdrošinātās personas parakstu par Individuālās apdrošināšanas polises saņemšanu un Apdrošinātāja tiesībām apstrādāt personas sensitīvos datus.



- 2.2.5. Apdrošinājumaņēmējam ir pienākums informēt Apdrošināto personu par to, ka viņš tiek apdrošināts, un iepazīstināt ar apdrošināšanas programmu un noteikumiem. Pretējā gadījumā Apdrošinājumaņēmējs atbild par neinformētības sekām un sedz tos izdevumus, kas Apdrošinātājam radušies Apdrošināto neinformētības rezultātā.
- 2.2.6. Apdrošinājumaņēmējam reizi mēnesī ir pienākums iesniegt Apdrošinātājam iesniegumu par izmaiņām Apdrošināto darbinieku sarakstā, ja tādas ir, un atgriezt Individuālo veselības apdrošināšanas polisi Apdrošinātājam, ja tās darbība tiek pārtraukta.
- 2.2.7. Apdrošinājumaņēmējam ir pienākums atmaksāt Apdrošinātājam radītos zaudējumus, kurus Apdrošinātā persona atsakās pati atmaksāt, ja ir saņēmusi pakalpojumus:
- 2.2.7.1. pārsniedzot atbilstošās Veselības apdrošināšanas programmas apdrošinājuma summu un/vai pakalpojumu limitu;
- 2.2.7.2. pakalpojumi, kuri saskaņā ar Veselības apdrošināšanas programmas noteikumiem tiek uzskatīti par neapmaksājamiem vai neatbilst veselības apdrošināšanas noteikumiem;
- 2.2.7.3. pēc Apdrošinātās personas izslēgšanas no Apdrošināto personu saraksta, ja Individuālā apdrošināšanas polise nav nodota Apdrošinātājam.
- 2.2.8. Apdrošinājumaņēmējs ir atbildīgs par Apdrošinātāja rēķinu apmaksu desmit bankas darba dienu laikā no to saņemšanas dienas.
- 2.2.9. Apdrošinājumaņēmējam ir pienākums ievērot līgumā noteikto maksāšanas grafiku. Apdrošināšanas prēmijas maksāšanas grafika pārkāpšanas gadījumā, Apdrošinātājam un Apdrošinājumaņēmējam jārikojas saskaņā ar LR likuma "Par apdrošināšanas līgumu" 19.panta noteikumiem.
- 2.2.10. Apdrošinājumaņēmējs ir atbildīgs par Apdrošinātājam sniegtās informācijas un dokumentu pareizību un patiesumu.
- 2.3. Apdrošinātās personas tiesības un pienākumi**
- 2.3.1. Apdrošinātā persona ir tiesīga izmantot veselības apdrošināšanas pakalpojumus atbilstoši noslēgtajam Apdrošināšanas līgumam starp Apdrošinājumaņēmēju un Apdrošinātāju un attiecīgās Veselības apdrošināšanas programmas noteikumiem.
- 2.3.2. Apdrošinātājai personai ir pienākums, saņemot Individuālo apdrošināšanas polisi, ar savu parakstu apliecināt Apdrošinātāja tiesības apstrādāt Apdrošinātās personas sensitīvos datus.
- 2.3.3. Apdrošinātājai personai ir pienākums nepieļaut, ka cita persona izmanto viņa Individuālo apdrošināšanas polisi.
- 2.3.4. Apdrošinātā persona ir atbildīga par Apdrošinātājam sniegtās informācijas un dokumentu pareizību un patiesumu.
- 2.3.5. Apdrošinātājai personai ir pienākums nekavējoties ziņot Apdrošinātājam par Individuālās apdrošināšanas polises nozaudēšanu.
- 2.3.6. Apdrošinātājai personai ir tiesības saņemt Individuālās apdrošināšanas polises dublikātu, ja polise nozaudēta, nozagta vai vārda, uzvārda maiņas gadījumā, samaksājot Apdrošinātājam EUR 4.50;
- 2.3.7. No jaunas apdrošināšanas polises izsniegšanas brīža nozaudētā/ mainītā polise tiek atzīta par nederīgu un nekādas izmaksas saskaņā ar to turpmāk netiek veiktas.
- 2.3.8. Apdrošinātājai personai ir pienākums atdot Apdrošinājumaņēmējam Individuālo apdrošināšanas polisi, ja tās darbība tiek pārtraukta pirms uz tās norādītā apdrošinājuma perioda beigām.
- 2.3.9. Apdrošinātājai personai ir pienākums atmaksāt Apdrošinātājam naudas summu, par kuru Apdrošinātā persona saņēmusi ārstnieciskos pakalpojumus:
- 2.3.9.1. ja ir pārsniegta atbilstošās Veselības apdrošināšanas programmas apdrošinājuma summa un/vai pakalpojumu limits;
- 2.3.9.2. ja tie saskaņā ar Veselības apdrošināšanas programmas noteikumiem tiek uzskatīti par neapmaksājamiem vai neatbilst veselības apdrošināšanas noteikumiem;
- 2.3.9.3. kas saņemti pēc Individuālās apdrošināšanas polises darbības pārtraukšanas.
- 2.3.10. Apdrošinātājai personai ir pienākums apmaksāt Apdrošinātāja rēķinus par personīgo maksājumu daļu, ja tādi ir. Tiesības saņemt individuālo veselības polisi ir tikai pēc personīgo maksājumu pilnīgas apmaksas.
- 2.3.11. Apdrošinātājai personai ir pienākums apmaksāt Apdrošinātāja izrakstītos rēķinus par izziņu izsniegšanu par papildus informāciju pēc Apdrošinātās personas pieprasījuma.
- 2.3.12. Apdrošinātājai personai (Apdrošinājumaņēmēja darbiniekam) tiek piemērota soda nauda pieckāršā Apdrošināšanas gada prēmijas apmērā (par katru pieteikto individuālo polisi, personām, kas nav ģimenes locekļi), ja Apdrošinātā persona, pārkāpjot šo noteikumu 4.6. punktu, ir sniegusi nepatiesu informāciju par savu ģimenes locekli(-liem), t.i., uzrādījusi par savu ģimenes locekli personu(-as), kas nav tā bērns, laulātais vai vecāks līdz 65 gadu vecumam.
- 2.4. Pušu pienākumi:**
- 2.4.1. Pusēm ir pienākums ievērot informācijas konfidencialitāti, attiecībā uz kuru pēc pušu savstarpējās vienošanās ir noteikts atbilstošs uzglabāšanas, izmantošanas un izplatīšanas režīms. Puses atbild par to, lai minētā (konfidencialā) informācija netiktu izpausta trešajām personām un trešajām personām nerastos iespēja piekļūt šai informācijai. Termins "Trešā persona" ietver jebkuru juridisku vai fizisku personu, kurai, saskaņā ar Latvijas Republikā spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem, nav tiesību uz šo informāciju.
- 3. Medicīnisko pakalpojumu saņemšanas un apmaksas kārtība**
- 3.1. Apdrošinātās personas ir tiesīgas saņemt pakalpojumus saskaņā ar attiecīgās Veselības apdrošināšanas programmas noteikumiem
- 3.2. Ja Apdrošinātā persona griežas Apdrošinātāja līgumorganizācijās, personai jāuzrāda Individuālā apdrošināšanas polise un personu apliecinošs dokuments (pase, tiesības vai Dzimšanas apliecība (bērniem)).
- 3.3. Apdrošinātās personas ir tiesīgas saņemt medicīniskos pakalpojumus Apdrošinātāja līgumorganizācijās, saskaņā ar Apdrošināšanas līguma, Veselības apdrošināšanas programmu noteikumiem un atbilstoši starp Apdrošinātāju un ārstniecisko iestādi savstarpēji saskaņotajam līguma pielikumam par apmaksājamo pakalpojumu apjomu. Pakalpojumu tiešu apmaksu veic Apdrošinātājs, izņemot gadījumus, kad pakalpojumu apmaksu neparedz Apdrošinātāja sadarbības līguma ar medicīnisko iestādi savstarpēji saskaņots līguma pielikums (apmaksājamo pakalpojumu saraksts).
- 3.4. Apdrošinātājai personai ir pienākums, saņemot ārstniecības pakalpojumus līgumorganizācijā, ar savu parakstu apstiprināt pakalpojumu saņemšanas faktu.
- 3.5. Ja Apdrošinātā persona saņēmusi medicīniskos pakalpojumus ārpus līgumorganizācijām un ja to paredz attiecīgās veselības apdrošināšanas programmas noteikumi, Apdrošinātā persona iesniedz Apdrošinātājam šādus dokumentus:
- 3.5.1. aizpildītu tipveida iesniegumu apdrošināšanas atlīdzības izmaksai;
- 3.5.2. izdevumus apstipriņošus finanšu dokumentus, kuros precīzi un nepārprotami norādīts pakalpojuma saņēmējs, pakalpojuma (preces) nosaukums, daudzums, pakalpojuma vienas vienības cena un kopējā cena;
- 3.5.3. atbilstošās Veselības apdrošināšanas programmas noteikumos norādītos dokumentus;
- 3.5.4. citus Apdrošinātāja pieprasītos dokumentus, kas saistīti ar apdrošināšanas gadījuma iestāšanos un atlīdzības noteikšanu;
- 3.5.5. 90 kalendāro dienu laikā no pakalpojuma saņemšanas dienas Apdrošinātājai personai ir jāiesniedz Apdrošinātājam iesniegums atlīdzības saņemšanai.
- 3.5.6. Lēmums par apdrošināšanas atlīdzību tiek pieņemts 15 kalendāro dienu laikā pēc visu nepieciešamo dokumentu, kas apstiprina zaudējuma faktu, apmērus un pamatotību saņemšanas Apdrošinātāja Personu apdrošināšanas nodaļā.



- 3.5.7. Gadījumā, ja saņemto ārstniecisko pakalpojumu cena pārsniedz šo pakalpojumu cenu Apdrošinātāja līgumorganizācijās, atlīdzība tiek izmaksāta tādā apmērā, kas nepārsniedz Apdrošinātāja līgumorganizāciju izceļojumus.
- 3.5.8. Apdrošināšanas atlīdzības izmaksas atteikuma gadījumā Apdrošinātājam 15 kalendāro dienu laikā pēc lēmuma pieņemšanas par to jāinformē Apdrošinātā persona. Pēc Apdrošinātās personas pieprasījuma Apdrošinātājs nosūta rakstisku atbildi uz apdrošinātās personas iesniegumā norādīto adresi, norādot apdrošināšanas atlīdzības atteikuma iemeslus.
- 3.6. Kopējā apdrošināšanas atlīdzības summa katram Apdrošinātājam par vienu vai vairākiem apdrošināšanas gadījumiem apdrošināšanas līguma darbības laikā nevar pārsniegt apdrošinājuma summu. Līgums pēc apdrošināšanas atlīdzības izmaksāšanas paliek spēkā starpības apmērā starp sākotnējo apdrošinājuma summu un izmaksāto atlīdzību.
- 3.7. Apdrošinātājs var atteikties izmaksāt atlīdzību, ja tā neatbilst konkrētās Veselības apdrošināšanas programmas vai Veselības apdrošināšanas noteikumiem, vai ja Apdrošinājumaņēmējs vai Apdrošinātais ar Jaunu nolūku vai rupjas neuzmanības dēļ nav izpildījis šo noteikumu 2.2. vai 2.3. punktu un savstarpēji noslēgtā līguma starp Apdrošinājumaņēmēju un Apdrošinātāju minētos nosacījumus.
- 4.5. Apdrošināto darbinieku saraksta izmaiņas tiek pārtrauktas trīs mēnešus pirms kolektīvā apdrošināšanas līguma darbības beigām, ja starp apdrošinājumaņēmēju un Apdrošinātāju nav cita vienošanās.
- 4.6. Apdrošinājumaņēmēja apdrošinātajiem darbiniekiem ir tiesības iegādāties veselības apdrošināšanu saviem ģimenes locekļiem atbilstoši starp Apdrošinājumaņēmēju un Apdrošinātāju noslēgtā līguma, Veselības apdrošināšanas programmas noteikumiem, samaksājot Apdrošināšanas prēmiju vienā maksājumā, ja starp apdrošinājumaņēmēju un Apdrošinātāju nav cita vienošanās.

5. Līguma laušana

- 5.1. Līgums var tikt laužts pirms termiņa, pusēm par to savstarpēji rakstveidā vienojoties un nosakot apdrošināšanas perioda beigu datumu.
- 5.2. Ja šis Līgums tiek laužts pirms termiņa, pusēm jāievēro visi Līguma noteikumi attiecībā uz tiesiskām attiecībām, kas radušās pirms tā laušanas.
- 5.3. Ja līgums tiek laužts pirms termiņa, tad Apdrošinātājam ir tiesības paturēt apdrošināšanas prēmiju par faktisko apdrošināšanas darbības laiku un Apdrošinātāja izdevumus 15% apmērā no kopējās apdrošināšanas prēmijas. Apdrošināšanas prēmija par Individuālajām apdrošināšanas polisēm, kurām apdrošināšanas periodā ir iestājies apdrošināšanas gadījums, netiek atmaksāta.

4. Līguma un apdrošināšanas polišu darbības termiņš

- 4.1. Līguma darbības laikā ir iespējams izdarīt izmaiņas apdrošināto darbinieku sarakstā, reizi mēnesī iesniedzot Apdrošinātājam informāciju par izmaiņām apdrošināto darbinieku sarakstā, ja starp Apdrošinājumaņēmēju un Apdrošinātāju nav cita vienošanās:
- 4.1.2. Palielinoties Apdrošinājumaņēmēja darbinieku skaitam līguma darbības laikā:
Apdrošināšanas prēmijas jaunajiem Apdrošinātajiem darbiniekiem tiek aprēķinātas par katras jaunās Individuālās apdrošināšanas polises faktisko darbības laiku periodu līdz līguma darbības beigām, ieskaitot mēnesi, kad Individuālā apdrošināšanas polise stājusies spēkā, gada apdrošināšanas prēmijas 12. daļu reizinot ar šo mēnešu skaitu;
- 4.1.3. Ja līguma darbības laikā Apdrošinājumaņēmēja darbinieku skaits samazinās un ir izpildīts šo noteikumu 2.2.6.punkts, Apdrošinātājs pārtrauc attiecīgās Individuālās polises darbību sekojoši:
- 4.1.3.1. Apdrošinātājs veic apdrošināšanas prēmijas pārrēķinu par faktisko apdrošinājuma laiku, atbilstošās Veselības programmas apdrošināšanas gada prēmijas 12. daļu reizinot ar nostrādāto pilno mēnešu skaitu no līguma darbības sākuma, ieskaitot mēnesi, kad Individuālā apdrošināšanas polise tiek pārtraukta un, pēc Apdrošinājumaņēmēja pieprasījuma atgriež tā kontā pārmaksāto apdrošināšanas prēmiju, izņemot 4.1.3.2.punktā minētos gadījumus.
- 4.1.3.2. Individuālā apdrošināšanas polise tiek slēgta ar pilno atvēršanas prēmiju šādos gadījumos:
- 4.1.3.2.1. ja līguma darbības laikā Individuālā apdrošināšanas polise ir bijusi nozaudēta un tās vietā izsniegta jauna;
- 4.1.3.2.2. ja izmaksāto un pieteikto apdrošināšanas atlīdzību summa pārsniedz samaksāto apdrošināšanas prēmiju.
- 4.2. Ja Apdrošinājumaņēmēja darbinieku skaits nemainās un atbrīvoto darbinieku vietā vienlaicīgi uz tiem pašiem nosacījumiem (programmu noteikumiem) tiek pieņemti jauni darbinieki, kopējā apdrošināšanas prēmija nemainās un ja ir izpildīts šo noteikumu 2.2.6.punkts, Apdrošinātājs pārtrauc attiecīgās Individuālās polises un to vietā izsniedz Individuālās polises jaunajiem darbiniekiem, nepārrēķinot apdrošināšanas prēmiju.
- 4.3. Ja Individuālā apdrošināšanas polise daļēji vai pilnībā tiek apmaksāta no personīgiem līdzekļiem, īstermiņa prēmijas privātiem maksājumiem netiek aprēķinātas.
- 4.4. Līguma darbības laikā izvēlētas programmu un papildprogrammu kombinācijas netiek mainītas.

6. Strīdu izšķiršanas kārtība

- 6.1. Visi strīdi, kas rodas pamatojoties uz šo Līgumu, tiek risināti pārrunu ceļā. Ja vienošanās netiek panākta, strīdu izskata tādā kārtībā, kāda ir paredzēta Latvijas Republikā spēkā esošajos normatīvajos aktos.
- 6.2. Visos gadījumos, kuri nav atrunāti šajos noteikumos vai Apdrošināšanas līguma īpašos nosacījumos, puses vienojas savstarpējo attiecību regulēšanai vadīties no Latvijas Republikas likuma "Par apdrošināšanas līgumu" normām un citiem Latvijas Republikā spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem.