



Правила страхования здоровья

№ ТНН-20201
II уровень

В силе с 10 декабря 2020 года

Страховые условия на русском языке имеют только информативный характер.
В случае разногласий, преимущественную силу имеет текст на латышском языке.



Содержание

1.	Используемые в правилах термины.....	3
2.	Застрахованные риски.....	3
3.	Исключения.....	3
4.	Права и обязанности Сторон.....	6
5.	Порядок выплаты Страхового возмещения.....	6
6.	Изменение условий оплаты услуг.....	8
7.	Внесение изменений в список Застрахованных лиц.....	8

1. Используемые в правилах термины

1.1. Застрахованное лицо – физическое лицо, указанное в Страховом полисе и приложении к нему. Если Страхователь является юридическим лицом, то Застрахованным лицом является сотрудник Страхователя, если только в страховом полисе не указано, что страхуются также и родственники сотрудников.

1.2. Объект страхования – Здоровье Застрахованного лица.

1.3. Страховой случай – событие, при наступлении которого у Застрахованного лица возникает необходимость в получении медицинских услуг или других услуг, связанных с сохранением и укреплением здоровья, подлежащих оплате в рамках Программы страхования.

1.4. Страховая сумма – указанная в Страховом полисе максимальная денежная сумма, в пределах которой Страховое общество оплачивает полученные Застрахованным лицом Услуги, выбранные в рамках Программы страхования. После выплаты Страхового возмещения Страховая сумма уменьшается на размер выплаченного Страхового возмещения.

1.5. Карта страхования здоровья – карта (пластиковая карта и/или дигитальная карта), которую Страховое общество выдает каждому Застрахованному лицу и которая свидетельствует о праве Застрахованного лица получать Услуги, выбранные в рамках Программы страхования.

1.6. Услуга – полученные в течение Страхового периода и оплачиваемые в рамках Программы страхования амбулаторные или стационарные медицинские услуги, услуги оптики, стоматологии, спорта или услуги по сохранению или укреплению здоровья, предоставляемые зарегистрированными на территории Латвийской Республики учреждениями, а

также возникшие на территории Латвийской Республики расходы на приобретение медикаментов и товаров оптики. Если это прямо указано в Страховом полисе, то в рамках Программы страхования также оплачиваются Услуги, предоставляемые зарегистрированными за пределами Латвийской Республики учреждениями.

1.7. Программа страхования – установленный Страховым обществом набор Услуг, оплачиваемый Страховым обществом и определенный в договоре страхования для каждого Застрахованного лица. В рамках одного Договора страхования можно выбрать разные Программы страхования, указав программу, выбранную для каждого отдельного Застрахованного лица.

1.8. Договаривающееся учреждение – медицинское учреждение, аптека, оптика или спортивное учреждение, которые на территории Латвийской Республики оказывают медицинские услуги или услуги, связанные с сохранением и укреплением здоровья, и с которыми Страховое общество заключило договор о сотрудничестве об оплате определенных Услуг Застрахованному лицу. Действующий список Договаривающихся учреждений публикуется на домашней странице Страхового общества www.if.lv.

1.9. Обстоятельства форс-мажора – терроризм, забастовка, локаут, война, вторжение или подобные войне действия (независимо от того, объявлена ли война или нет), гражданская война, общественные беспорядки, восстание, бунт, движение сопротивления, революция, военный или другой переворот, установление комендантского часа, осада, ядерный взрыв, ядерная энергия, радиация, радиоактивное заражение, ионизирующее излучение, принятие нормативного акта, принятие решения государственного органа или органа местного самоуправления, карантин, пандемия или объявленное в стране чрезвычайное положение или положение повышенной опасности.

2. Застрахованные риски

2.1. Застрахованные риски указаны в страховом полисе как Программы страхования, например Амбулаторное лечение, Лечение в стационаре, или дополнительные программы, например Медикаменты, Оптика, Спорт, Стоматология или другая дополнительная программа.

2.2. Страховое общество не оплачивает, и Застрахованными рисками не считаются Услуги, предоставляемые для предотвращения последствий, возникающие прямо или косвенно при совершении Застрахованным лицом незаконной деятельности, нарушения прав или преступного деяния, или возникающие прямо или косвенно в результате обстоятельств форс-мажора.

3. Исключения

Следующие исключения применяются ко всем Программам страхования. Названия исключений приводятся только для лучшей наглядности и не

принимаются во внимание при толковании настоящих правил.

Незарегистрированные медицинские учреждения, медицинские технологии

3.1. Страховым случаем не считаются, и Страховое общество не оплачивает медицинские услуги, полученные в медицинских учреждениях, не зарегистрированных в Инспекции здравоохранения Латвийской Республики (зарегистрированные учреждения смотреть в Регистре медицинских учреждений на сайте Инспекции здравоохранения www.vi.gov.lv) или полученные с нарушением требований Закона о лечении Латвийской Республики, или с использованием не утвержденных в Латвийской Республике медицинских технологий.

3.2. Если в соответствии с пунктом 1.6 настоящих правил в рамках Программы страхования также оплачиваются и Услуги, оказываемые учреждениями, зарегистрированными за пределами Латвийской Республики, то Страховое общество не оплачивает медицинские услуги, полученные в медицинских учреждениях, не зарегистрированных в органе надзора соответствующей страны, или полученные с нарушением требований нормативных актов соответствующей страны, или с использованием не утвержденных в этой стране медицинских технологий.

Заболевания, состояние здоровья

3.3. Страховым случаем не считаются, и Страховое общество не оплачивает лечение, связанное со следующими заболеваниями и состояниями здоровья, если в Страховой полис не включены услуги психотерапевта, психолога, психиатра:

3.3.1. лечение синдрома истощения или выгорания в стационаре или стационарном реабилитационном учреждении;

3.3.2. сексуально-трансмиссивные заболевания, СПИД и вирус ВИЧ;

3.3.3. психические заболевания, зависимости;

3.3.4. нарушения сна.

Планирование семьи и лечение бесплодия

3.4. Страховым случаем не считаются, и Страховое общество не оплачивает услуги, связанные с планированием семьи и лечением бесплодия, в том числе лечение заболеваний, связанных с бесплодием, искусственное оплодотворение, диагностическую гистероскопию, удаление спаек и лапароскопические операции по проверке проходимости маточных труб, генетические анализы, стерилизацию и услуги контрацепции, анализы спермы.

Специалисты, манипуляции

3.5. Страховым случаем не считаются, и Страховое общество не оплачивает консультации и манипуляции нарколога, логопеда, трихолога, врача тропических заболеваний, сексопатолога.

3.6. Страховым случаем не считаются, и Страховое общество не оплачивает такие услуги, как медицинский маникюр, педикюр, услуги подолога и подиатра, косметическое лечение, услуги салона красоты, иммунотерапия, удаление кожных и подкожных образований без гистологического обследования, процедуры в капсуле здоровой среды, общий лечебный массаж тела, массаж простаты и гинекологический массаж, вакуумный массаж, криомассаж, лимфодренаж.

Дополняющее (нетрадиционное) лечение

3.7. Страховым случаем не считаются, и Страховое общество не оплачивает дополняющие медицинские услуги (нетрадиционной медицины), например акупунктура, консультация и терапия иглотерапевта, ароматерапия, остеорефлексотерапия, биорезонансная диагностика, диагностика по методу Фолля, назначенная гомеопатом терапия и повторные консультации, гидроколонотерапия, иридодиагностика, сокотерапия и диетотерапия, процедуры СПА, аюрведические услуги, сеансы флоатинга и т. д.

Операции, пребывание в больнице, паллиативный уход

3.8. Страховым случаем не считаются и Страховое общество не оплачивает:

3.8.1. операции по коррекции зрения, операции по уменьшению желудка;

3.8.2. пребывание Застрахованного лица в платном стационаре, связанное не с лечением самого Застрахованного лица, а с лечением близкого ему человека, а также пребывание в платном стационаре близкого Застрахованному лицу человека, связанное с лечением Застрахованного лица;

3.8.3. паллиативный уход.

Исследования, тесты

3.9. Страховым случаем не считаются, и Страховое общество не оплачивает комплексные проверки здоровья (check-up), функционально-диагностические тесты для определения степени физической подготовки, магнитно-резонансное исследование всего тела, комплексные проверки аллергенов (панели), если нет направления от аллерголога или иммунолога.

Деньги, подарки в благодарность

3.10. Страховым случаем не считаются, и Страховое общество не оплачивает благодарности, доплаты за выбор врача, договоры с врачом.

Тренинги, семинары, лекции

3.11. Страховым случаем не считаются, и Страховое общество не оплачивает познавательные лекции, семинары, занятия, тренинги.

Медицинские справки

3.12. Страховым случаем не считаются, и Страховое общество не оплачивает досрочное прохождение медицинской проверки (медкомиссии) с целью получения водительских прав и разрешений на ношение оружия, обследования и консультации для оформления виз в зарубежные страны, оформление медицинской документации.

Товары и медикаменты

3.13. Страховым случаем не считаются, и Страховое общество не оплачивает приобретение средств гигиены и медицинских товаров, медикаменты, приобретенные в медицинском учреждении, дигитальные распечатки, записи и рентгеновские пленки.

Услуги, если специально не указаны в полисе

3.14. Страховым случаем не считаются, и Страховое общество не оплачивает следующие услуги и товары:

3.14.1. лечебный массаж, лечебная гимнастика, водные процедуры (грязевые процедуры, душ Шарко и др.), посещение мануального терапевта и остеопата, а также повторные консультации и занятия у физиотерапевта, эрготерапевта, кинезиолога и специалиста в области физикальной медицины и реабилитации, если в Страховой полис не включены "Массаж, лечебная гимнастика" или не указано иное;

3.14.2. компьютерная томография, магнитный резонанс, эндоскопическое обследование органов пищеварения, четырехмерная соноскопия плода, 3-4-мерная ультрасонография, сцинтиграфическое обследование, капсульная эндоскопия, позитронно-эмиссионная томография (PET/CT), если в Страховой полис не включены "Специфические исследования" или не указано иное;

3.14.3. операции на венах нижних конечностей, склеротерапия, если в Страховом полисе не указано иное;

3.14.4. косметические, пластические операции, а также технические вспомогательные средства, костыли, ортезы, если в Страховой полис не включены "Тяжелое заболевание, травма" или не указано иное;

3.14.5. определение уровня иммуноглобулина G к клещевому энцефалиту, если в Страховой полис не включена "Вакцинация" или не указано иное;

3.14.6. услуги психотерапевта, психолога, психиатра, диетолога, специалиста по питанию, если в Страховой полис не включены "Психотерапия, питание" или не указано иное;

3.14.7. платные услуги, полученные в реабилитационном отделении стационара, если в Страховой полис включен "Санаторий" или прямо указано иное.

Дополнительная программа "Медикаменты"

3.15. В дополнительной программе "Медикаменты" Страховым случаем не считаются, и Страховое общество не оплачивает медикаменты, не зарегистрированные в Латвийском регистре лекарств, пищевые добавки, витамины, за исключением витаминов ампулированных форм, а также лекарственные средства из следующих групп медикаментов:

3.15.1. гомеопатические и растительные средства, средства, содержащие экстракты растений;

3.15.2. микроэлементы, противоанемические средства, минеральные вещества, средства, влияющие на минерализацию костей, антиоксиданты;

3.15.3. иммуноглобулины, иммуностимуляторы, средства с иммуномодулирующими ферментами, вакцины, сыворотки, тонизирующие средства и неспецифические средства стимулирующие иммунную систему;

3.15.4. ноотропные, влияющие на метаболизм клеток и мозга, средства, антидепрессанты;

3.15.5. средства, снижающие уровень холестерина и липидов, средства, регулирующие вес;

3.15.6. противовирусные средства (за исключением средств локального действия), противогрибковые, противогрибковые и противопаразитарные средства, этиловый спирт, инсектициды, противопаразитарные средства, репелленты, смягчающие и защитные средства для кожи;

3.15.7. средства для лечения диабета, туберкулеза, эпилепсии, болезни Паркинсона;

3.15.8. онкологические, наркотические средства;

3.15.9. гормонозаместительная терапия, контрацептивные средства и средства для стимуляции потенции;

3.15.10. средства для инфузии и парентерального питания.

Дополнительная программа "Стоматология"

3.16. В рамках дополнительной программы **Стоматология** Страховым случаем не считаются, и Страховое общество не оплачивает следующие Услуги:

3.16.1. профилактика кариеса с помощью силантов, покрытие зубов гелиоматериалом или фторлаком, отбеливание зубов, фарфоровые пластинки, фасеты, капы, общая анестезия, седация;

3.16.2. протезирование зубов, фарфоровые пломбы, имплантаты, вкладки и накладки, ортодонтия, лечение пародонтоза, трехмерная компьютерная томография, если иное прямо не указано в Страховом полисе.

4. Права и обязанности Сторон

4.1. После заключения договора страхования Страхователь обязан информировать Застрахованных лиц о факте страхования, выдать им Карты страхования здоровья, если выбраны пластиковые карты, или проинформировать о возможностях загрузки приложения If Mobile, ознакомить с Программами страхования и условиями Договора страхования, разъяснить им права и обязанности, вытекающие из Договора страхования.

4.2. Обязанности Застрахованного лица:

4.2.1. заботиться о сохранении здоровья, а в случае заболевания следовать указаниям врача;

4.2.2. не допускать ситуаций, когда другое лицо может воспользоваться его Картой страхования здоровья, а в случае утери Карты страхования здоровья незамедлительно сообщить Страховому обществу, чтобы оно могло заблокировать карту. Страховое общество не несет ответственности за убытки, понесенные Застрахованным лицом, возникшие вследствие несвоевременного уведомления об утере Карты страхования здоровья;

4.2.3. при получении Услуг в Договариваемом учреждении предъявить Карту страхования здоровья вместе с удостоверяющим личность документом;

4.2.4. соблюдать Правила страхования, а также указания, изложенные в Программе страхования;

4.2.5. следить за размером выплаченного Страхового возмещения, чтобы оно не превысило Страховые суммы и лимиты, установленные в Страховом полисе;

4.2.6. вернуть Страховому обществу сумму, которую Страховое общество выплатило Договариваемому учреждению, если данная сумма:

4.2.6.1. превышает Страховые суммы и лимиты, установленные в Страховом полисе; или

4.2.6.2. выплачена за Услуги, которые согласно Программе страхования не оплачиваются; или

4.2.6.3. выплачена за услуги, полученные после прекращения действия Карты страхования здоровья.

4.3. Обязанности Страхового общества:

4.3.1. в течение 10 дней после заключения договора страхования выдать Страхователю пластиковые Карты страхования здоровья или обеспечить Застрахованному лицу возможность загрузки дигитальные Карты страхования здоровья;

4.3.2. во время действия Договора страхования на основании письменного заявления Застрахованного лица об утере Карты страхования здоровья, которое должно быть подано в электронной форме на домашней странице Страхового общества www.if.lv, изготовить новую Карту страхования здоровья, если была выдана пластиковая карта. За изготовление дубликата пластиковой Карты страхования здоровья Страховое общество может взимать плату, соответствующую фактическим затратам на изготовление.

4.4. В случае досрочного расторжения Договора страхования или в случае исключения Застрахованного лица, Страхователь и Застрахованное лицо, действуя солидарно, обязаны безотлагательно выплатить Страховому обществу денежную сумму, на которую Застрахованное лицо получило Услуги сверх установленной Страховой суммы или лимита или же после прекращения действия Договора страхования.

5. Порядок выплаты Страхового возмещения

5.1. Страховое возмещение за полученную Услугу выплачивается Застрахованному лицу (либо его законному опекуну, если Застрахованное лицо является несовершеннолетним) или в установленных Страховым обществом случаях Страховое возмещение выплачивается Договариваемому учреждению в соответствии с заключенным Договором о сотрудничестве.

5.2. Страховое возмещение выплачивается в соответствии с Программой страхования, указанной в Страховом полисе, не превышая указанные Страховые суммы и лимиты.

Оплата услуг в Договариваемых учреждениях

5.3. Страховое общество выплачивает Страховое возмещение непосредственно Договариваемому

учреждению в соответствии с Программой страхования здоровья, оплачивая Услугу полностью или частично, если соблюдаются следующие условия:

5.3.1. Застрахованное лицо предъявляет Карту страхования здоровья и удостоверяющий личность документ; и

5.3.2. в случаях, предусмотренных Программой страхования здоровья, Застрахованное лицо подает или предъявляет Договариваемому учреждению документ, служащий обоснованием необходимости Услуги (например, направление для получения лабораторного или другого обследования); и

5.3.3. упомянутая Услуга в момент ее получения была включена в список оплачиваемых услуг Договариваемого учреждения.

5.4. Застрахованное лицо, перед получением Услуги, позвонив Страховому обществу по его информативному телефону, или на месте в Договаривающемся учреждении, вправе убедиться, получит ли оплату за выбранную Застрахованным лицом Услугу непосредственно Договаривающееся учреждение или Застрахованному лицу полученную Услугу следует оплатить из собственных средств.

Оплата услуг Застрахованным лицом

5.5. В учреждениях, с которыми Страховое общество не имеет заключенного договора, или если за полученные в Договаривающемся учреждении Услуги невозможно расплатиться Картой страхования здоровья, Застрахованное лицо расплачивается за Услугу своими собственными средствами, и Страховое общество компенсирует расходы Застрахованного лица и рассчитывает Страховое возмещение, учитывая лимиты на оплату Услуг, указанные в Особых условиях Страхового полиса.

5.6. Если Услуга не включена в список лимитов на оплату Услуг, Страховое общество вправе выплатить Страховое возмещение, не превышая стоимость данной Услуги в Договаривающихся учреждениях Страхового общества.

5.7. Страховое общество выплачивает Страховое возмещение Застрахованному лицу в соответствии с Программой страхования здоровья, оплачивая Услугу полностью или частично, если соблюдаются следующие условия:

5.7.1. Застрахованное лицо получает Услугу в течение Страхового периода и оплачивает ее из собственных средств; и

5.7.2. Застрахованное лицо не позднее чем в течение 30 (тридцати) дней после окончания Страхового периода подает Страховому обществу заявление о Страховом возмещении, а также все необходимые документы, указанные в пункте 5.10. настоящих правил.

5.8. Заявление о Страховом возмещении можно подать:

5.8.1. заполнив в электронной форме заявление на домашней странице Страхового общества www.if.lv, или в мобильном приложении If Mobile и прикрепив необходимые документы в сканированном или сфотографированном виде; или:

5.8.2. заполнив и подписав бумажную форму, приложив копии необходимых документов и отправив их по почте на юридический адрес Страхового общества.

5.9. Если заявление о Страховом возмещении подается, не используя домашнюю страницу или мобильное приложение Страхового общества, Страховое общество имеет право уменьшить возмещение, подлежащее выплате, в размере Собственного риска, т. е. EUR 1,00 (одного евро) за заявление о Страховом возмещении.

5.10. Прилагаемые к заявлению о Страховом возмещении документы, сканированные, сфотографированные или в виде копий:

5.10.1. финансовый документ, подтверждающий платеж (например, чек, квитанция строгой отчетности, банковское платежное поручение), в котором указаны реквизиты поставщика Услуги (наименование, регистрационный номер, адрес), личные данные Застрахованного лица (имя, фамилия, персональный код), название, количество и стоимость Услуги. Если документ, подтверждающий платеж, не содержит вышеуказанную информацию, необходимо приложить другой документ, выданный поставщиком Услуги и содержащий недостающую информацию.

5.10.2. медицинский документ, подтверждающий необходимость Услуги, указанный в Программе страхования здоровья:

5.10.2.1. направление от врача на обследование, выписка из медицинской карты амбулаторного/ стационарного больного и др.;

5.10.2.2. в случае дополнительной программы Медикаменты – выписанный врачом рецепт;

5.10.2.3. в случае дополнительной программы Стоматология – выписка из амбулаторной карты с информацией о номере зуба, подвергшегося лечению, и осуществленных процедурах;

5.10.2.4. в случае дополнительной программы Оптика – выписанный врачом рецепт;

5.10.2.5. в случае дополнительной программы Спорт – подтверждение о получении Услуги в конкретные дни, выданное спортивным центром владельцу абонементу, срок действия которого два или более месяцев.

5.11. Если направление от врача, выписка, рецепт или другие медицинские документы выданы и обработаны Единой электронной информационной системой здравоохранения "E-veselib", Застрахованное лицо предъявляет распечатку из этой системы.

5.12. Страховое общество вправе не принять медицинские и финансовые документы, если в них внесены исправления несообразно действующим нормативным актам Латвийской Республики.

5.13. Застрахованное лицо обязано хранить оригиналы документов, прилагаемых к Заявлению о страховом возмещении, в течение одного года после получения Услуги и предъявлять эти оригиналы по запросу Страхового общества.

Принятие решения о выплате или отказе в выплате Страхового возмещения

5.14. Страховое общество перед принятием решения о том, считаются ли полученные Услуги Страховым случаем, вправе:

5.14.1. убедиться в достоверности поданных данных, правомерности выплаты Страхового возмещения, потребовать, чтобы Застрахованное лицо предоставило другие имеющиеся в его распоряжении документы и информацию;

5.14.2. ознакомиться с медицинской документацией Застрахованного лица, которая находится в распоряжении медицинских учреждений и медперсонала, назначить экспертизу.

5.15. После получения всей необходимой документации Страховое общество принимает решение

о выплате или отказе в выплате Страхового возмещения в следующие сроки:

5.15.1. в течение двух рабочих дней, если заявление о Страховом возмещении подано на домашней странице Страхового общества или в мобильном приложении;

5.15.2. в течение пятнадцати рабочих дней, если заявление о Страховом возмещении выслано по почте.

5.16. Если принимается решение о выплате Страхового возмещения, Страховое возмещение в вышеупомянутые сроки перечисляется на указанный банковский счет.

6. Изменение условий оплаты услуг

6.1. Страховое общество вправе в течение Страхового периода в одностороннем порядке, без предварительного предупреждения, вносить изменения в список Договаривающихся учреждений и Услуг, оплачиваемых в Договаривающихся учреждениях, а также указать конкретные учреждения, Услуги которых Страховое общество не оплачивает. Страховое общество публикует актуальный список Договаривающихся учреждений и оплачиваемых в Договаривающихся учреждениях Услуг на домашней странице Страхового общества www.if.lv.

6.2. Страховое общество вправе в течение Страхового периода, предупредив об этом Страхователя за один месяц, ввести ограничения на оплачиваемые Услуги или установить дополнительную Страховую премию, если во время действия Договора страхования согласно

принятым государством правовым актам были введены новые налоги или новые дополнительные платежи, имеющие отношение к Услугам.

6.3. Если в случае, упомянутом в пункте 6.2. данных правил, Страхователь не соглашается с ограничениями, предлагаемыми Страховым обществом, или с рассчитанной дополнительной Страховой премией, подлежащей оплате, Страховое общество вправе, сообщив об этом Страхователю, досрочно расторгнуть Договор страхования.

6.4. Страховое общество вправе во время действия Договора страхования, предварительно сообщив об этом Страхователю, изменить порядок выплаты Страхового возмещения, сохранив п объем оплачиваемых Услуг, указанный в Программе страхования.

7. Внесение изменений в список Застрахованных лиц

7.1. Условия внесения изменений данного раздела в списке Застрахованных лиц применяются только, если Страхователь является юридическим лицом, и только в отношении тех Застрахованных лиц, которые являются сотрудниками страхователя. Если страхуются также и родственники сотрудников, в их список вносятся изменения в соответствии с положениями Страхового полиса.

7.2. Изменения в список Застрахованных лиц вносятся после подачи Страхователем письменного заявления об изменениях в списке Застрахованных лиц (в электронном или в письменном виде). В заявлении необходимо указать следующую информацию: имя, фамилию, персональный код лица, подлежащего страхованию или исключению из списка Застрахованных лиц, Программу страхования, дату вступления в силу или дату прекращения действия страхования, а также номер Карты страхования здоровья (для лица, подлежащего исключению из списка Застрахованных лиц).

7.3. В течение Страхового периода Программы страхования ранее Застрахованных лиц не подлежат изменению.

Внесение Застрахованных лиц в список Застрахованных лиц

7.4. При внесении нового Застрахованного лица, Страхователь указывает, какая Программа страхования из указанных в Страховом полисе выбрана для конкретного сотрудника. Страхование в отношении добавленного сотрудника начинается с даты, указанной в заявлении, и завершается в последний день периода страхования, указанный в Страховом полисе.

7.5. Карту страхования здоровья, если выбрана пластиковая карта, а также изменения к Договору страхования подготавливаются в течение 5 рабочих дней с момента получения заявления Страховым обществом.

7.6. Дополнительную Страховую премию Страховое общество рассчитывает в соответствии с Особыми условиями, указанными в Страховом полисе, о внесении изменений в список Застрахованных лиц.

7.7. Страховую премию за дополнительных Застрахованных лиц Страхователю следует заплатить одним платежом за весь Страховой период, в указанный в счете срок.

**Исключение Застрахованных лиц из списка
Застрахованных лиц**

7.8. Застрахованное лицо исключается из списка Застрахованных лиц, если Застрахованное лицо завершило рабочие отношения со Страхователем.

7.9. Страховое общество рассчитывает часть возвращаемой Страховой премии за неиспользованный Страховой период в соответствии с Особыми условиями Страхового полиса о внесении изменений в Список застрахованных лиц.