

ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ

№ 57.9 II уровень

В силе с 21. сентября 2016 года

ВНИМАНИЕ: Неофициальный текст.
В случае разногласий, преимущественную силу имеет текст на латышском языке.

СОДЕРЖАНИЕ

1.	ТЕРМИНЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В УСЛОВИЯХ.....	3
2.	ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ И СТРАХОВЫЕ РИСКИ.....	3
3.	ИСКЛЮЧЕНИЯ.....	3
4.	ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.....	5
5.	ПОРЯДОК ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ.....	5
6.	ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В СПИСОК ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ.....	8

1. ТЕРМИНЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В УСЛОВИЯХ

1.1. ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО – лицо, указанное в Приложении № 1 Страхового полиса. Застрахованное лицо является сотрудником Страхователя, если только в Страховом полисе прямо не указано, что страхованию подлежат также родственники сотрудников.

1.2. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ – событие, при наступлении которого у Застрахованного лица возникает необходимость в получении медицинских услуг или других услуг, связанных с сохранением и укреплением здоровья, которые оплачивает Страховое общество согласно договору страхования.

1.3. 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 в размере выплаченного Страхового возмещения.

1.4. КАРТА СТРАХОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ – карта, которую Страховое общество выдает каждому Застрахованному лицу и которая свидетельствует о праве Застрахованного лица получать Услуги, выбранные в рамках Программы страхования.

1.5. УСЛУГА – полученные в течение Страхового периода и оплачиваемые в рамках Программы страхования амбулаторные и стационарные медицинские услуги, стоматологические и спортивные услуги, а также приобретение медикаментов и оптики.

1.6. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ – установленный Страховым обществом набор Услуг (покрытие), оплачиваемый Страховым обществом и определенный в договоре страхования для каждого Застрахованного лица. В рамках одного договора страхования можно выбрать разные Программы страхования, указав, какая именно программа была выбрана для каждого отдельного Застрахованного лица.

1.7. ДОГОВАРИВАЮЩЕЕСЯ УЧРЕЖДЕНИЕ – медицинское учреждение, а также 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 договоры о сотрудничестве в области предоставления конкретных Услуг Застрахованному лицу. Действующий список Договаривающихся учреждений публикуется на домашней странице Страхового общества www.if.lv.

1.8. ФОРС-МАЖОРНЫЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА – внешние обстоятельства, не подвластные контролю той договаривающейся стороны, на исполнение обязательств которой они влияют, и которые данная сторона не может предвидеть или надлежащим образом устранить, в том

числе, но не только, неблагоприятные для сторон изменения в нормативных актах, террористические акты, восстания, забастовки, революции или другие массовые беспорядки, войны, вражеские действия, стихийные бедствия, пандемия, радиоактивное загрязнение.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ И СТРАХОВЫЕ РИСКИ

2.1. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ – здоровье Застрахованного лица.

2.2. СТРАХОВЫЕ РИСКИ – Риски, перечисленные в данных условиях, являются застрахованными, а Услуги оплачиваемыми только в том случае, если они включены в выбранную для конкретного Застрахованного лица Программу страхования, указанную в Страховом полисе:

2.2.1. АМБУЛАТОРНЫЙ УХОД – медицинские услуги, предоставляемые в медицинских учреждениях;

2.2.2. СТАЦИОНАРНЫЙ УХОД – лечение в стационаре, санатории, платная помощь при родах;

2.2.3. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ – Медикаменты, Оптика, Спорт и Стоматология.

2.3. Страховыми рисками не считаются Услуги, предоставляемые:

2.3.1. в связи с форс-мажорными обстоятельствами;

2.3.2. с целью лечения последствий, возникших вследствие неправомерного действия, нарушения прав или преступного деяния (или вследствие участия в таком), совершенных Застрахованным лицом.

3. ИСКЛЮЧЕНИЯ

3.1. Страховыми случаями не признаются и, соответственно, не оплачиваются следующие Услуги:

3.1.1. медицинский маникюр, педикюр, услуги подолога и подиатра, косметическое лечение, услуги салона красоты, иммунотерапия, удаление кожных образований без гистологического обследования, процедуры в капсуле здоровой среды, общий массаж тела, массаж простаты и гинекологический массаж, вакуумный массаж, криомассаж, лимфодренаж;

3.1.2. диагностика и лечение сексуально-трансмиссивных заболеваний, СПИДа и ВИЧ-инфекции, психических заболеваний и разного рода зависимостей;

3.1.3. консультации и услуги психотерапевта, психолога, психиатра, нарколога, диетолога, логопеда, трихолога, остеопата, специалиста в области тропических заболеваний, сексопатолога;

- 3.1.4. дополняющие медицинские услуги (в области нетрадиционной медицины), например, акупунктура, консультация иглотерапевта и терапия, ароматерапия, остеорефлексотерапия, биорезонансная диагностика, диагностика по методу Фолля, терапия, назначенная гомеопатом, и повторные консультации, гидроклолотерапия, диагностика и лечение расстройств сна, иридодиагностика, капсульная эндоскопия, сокотерапии и диетотерапии, лечение синдрома истощения или синдрома выгорания, спа-процедуры, аюрведические услуги, сеансы флоатинга и др.;
- 3.1.5. планирование семьи, диагностика и лечение бесплодия и связанных с ним гинекологических заболеваний, искусственное оплодотворение, операции по рассечению сращений, лапароскопические операции по проверке проходимости маточных труб, генетические анализы, стерилизация и услуги, связанные с контрацепцией, анализы спермы;
- 3.1.6. средства гигиены и медицинские товары, медикаменты, приобретенные в медицинском учреждении, технические вспомогательные средства, костыли, ортезы, дополнительные материалы и технологии, применяемые во время операций, цифровые распечатки, записи и рентгеновские пленки;
- 3.1.7. досрочное прохождение медкомиссий с целью получения разрешений на вождение и ношение оружия, обследования и консультации, связанные с оформлением виз, оформление медицинской документации;
- 3.1.8. косметические, пластические операции, операции по коррекции зрения, уменьшению желудка, операции на венах нижних конечностей, склеротерапия;
- 3.1.9. комплексные проверки здоровья (check-up), функционально-диагностические тесты для определения степени физической подготовки, магнитно-резонансное исследование всего тела, позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ/СТ), комплексные проверки аллергенов (панели), если нет направления от аллерголога или иммунолога;
- 3.1.10. определение уровня иммуноглобулина G к клещевому энцефалиту, если в Программу страхования не включена Вакцинация против клещевого энцефалита, исследование клеща на предмет заражения вирусным энцефалитом;
- 3.1.11. пребывание в платном стационаре Застрахованного лица, связанное не с лечением самого Застрахованного лица, а лечением близкого ему человека, а также пребывание в платном стационаре близкого Застрахованному лицу человека, связанное с лечением Застрахованного лица, а также паллиативный уход;
- 3.1.12. платные услуги, полученные в реабилитационном отделении стационара, если в Программу страхования не включено покрытие «Стационарная реабилитация»;
- 3.1.13. лечебный массаж, лечебная гимнастика, водные процедуры (грязевые процедуры, душ Шарко и др.), посещение мануального терапевта и остеопата, а также консультации и повторные занятия у физиотерапевта, эрготерапевта, кинезиолога и специалиста в области физикальной медицины и реабилитации, если данные услуги не включены в Программу страхования;
- 3.1.14. компьютерная томография, магнитный резонанс, обследование органов пищеварения, четырехмерная соноскопия плода, сцинтиграфия, если данные услуги не включены в Программу страхования;
- 3.1.15. проявления благодарности, доплаты за выбор врача, договоры с врачом, познавательные лекции и занятия;
- 3.1.16. медицинские услуги, полученные в медицинских учреждениях, не зарегистрированных в Инспекции здравоохранения Латвийской Республики (проверить, зарегистрировано ли учреждение, можно на домашней странице Инспекции здравоохранения www.vi.gov.lv в регистре медицинских учреждений), а также полученные с нарушением требований закона «О медицине» Латвийской Республики или посредством применения медицинских технологий, не утвержденных в Латвийской Республике.
- 3.2. В рамках дополнительной программы Медикаменты не оплачиваются медицинские средства из следующих групп медикаментов:**
- 3.2.1. витамины, за исключением ампульных витаминов в случае острых заболеваний;
- 3.2.2. гомеопатические и растительные средства, средства, содержащие экстракты растений;
- 3.2.3. микроэлементы, противоанемические средства, минеральные вещества, средства, влияющие на минерализацию костей, антиоксиданты;
- 3.2.4. иммуноглобулины, иммуностимуляторы, средства с иммуномодулирующими энзимами, вакцины, сыворотки, тонизирующие средства и средства, стимулирующие неспецифическую иммунную систему;
- 3.2.5. ноотропные средства, влияющие на метаболизм клеток и мозга, антидепрессанты;
- 3.2.6. средства, снижающие уровень холестерина и липидов, средства, регулирующие вес;
- 3.2.7. противовирусные средства (за исключением средств локального действия), противогрибковые, противогрибковые и противопсориазные средства, этиловый спирт, инсектициды, противопаразитарные средства, репелленты, смягчающие и защитные средства для кожи;

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

3.2.9. средства для лечения онкологических заболеваний, наркотические средства;

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

3.2.11. средства для инфузии и парентерального питания.

3.3. В рамках дополнительной программы **Стоматология** не оплачиваются следующие Услуги:

3.3.1. профилактика кариеса с помощью силантов, покрытие зубов гелиоматериалом или фторлаком, отбеливание зубов, лечение пародонтита, фарфоровые пломбы, протезирование зубов, ортодонтия, имплантаты, вкладки и накладки, фарфоровые пластинки, фасеты, капы, общий наркоз.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. После заключения договора страхования Страхователь обязан информировать Застрахованных лиц о факте страхования, выдать им Карты страхования здоровья, ознакомить их с Программами страхования и условиями договора страхования, разъяснить им их права и обязанности, вытекающие из договора страхования, а также передать Страховому обществу подписанное всеми Застрахованными лицами согласие на обработку конфиденциальных данных.

4.2. В случае досрочного расторжения договора страхования или исключения Застрахованного лица списка Застрахованных лиц Страхователь и Застрахованное лицо, действуя солидарно, обязаны без отлагательств выплатить Страховому обществу денежную сумму в том размере, в каком Застрахованное лицо получило Услуги сверх установленной Страховой суммы, сверх лимита или же после прекращения действия договора страхования.

4.3. Обязанности Застрахованного лица:

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

4.3.2. 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, которые возникли вследствие несвоевременного уведомления об утере Карты страхования здоровья;

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

4.3.4. соблюдать условия страхования, а также указания, изложенные в Программе страхования;

4.3.5. следить за размером выплаченного Страхового возмещения, чтобы не превысить Страховые суммы и лимиты, установленные в договоре страхования (и в информативном материале, выданном Застрахованному лицу);

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

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

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

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

4.4. Каждое Застрахованное лицо, получая Карту страхования здоровья, в письменной форме доверяет Страховому обществу обработку своих личных конфиденциальных данных. Данная доверенность считается неотъемлемой частью договора страхования.

4.5. Обязанности Страхового общества:

4.5.1. после заключения договора страхования в течение 10 (десяти) дней выдать Страхователю Карты страхования здоровья Застрахованных лиц;

4.5.2. во время действия договора страхования на основании письменного заявления Застрахованного лица об утере Карты страхования здоровья изготовить новую Карту страхования здоровья. За изготовление дубликата Карты страхования здоровья Страховое общество может потребовать плату, соответствующую фактическим издержкам по изготовлению.

5. ПОРЯДОК ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

5.1. Страховое возмещение за полученную Услугу выплачивается Застрахованному лицу либо в установленных Страховым обществом случаях – Договариваемому учреждению в соответствии с заключенным договором о сотрудничестве.

5.2. Страховое возмещение выплачивается в соответ-

ствии с Программой страхования, указанной в Страховом полисе, при этом оно не может превышать указанные в Страховом полисе Страховые суммы и лимиты.

ОПЛАТА УСЛУГ В ДОГОВАРИВАЮЩИХСЯ УЧРЕЖДЕНИЯХ

5.3. Страховое общество выплачивает Страховое возмещение непосредственно Договариваемому учреждению в соответствии с Программой страхования, оплачивая Услугу полностью или частично, если соблюдаются следующие условия:

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

5.3.2. в случаях, предусмотренных Программой страхования, Застрахованное лицо подает или предъявляет Договариваемому учреждению документ, служащий обоснованием для получения Услуги (например, в случае лабораторного обследования необходимо предъявить направление от врача); 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 вправе уточнить, позвонив Страховому обществу по телефону 8333 или узнав на месте в Договариваемом учреждении, получит ли оплату за выбранную Застрахованным лицом Услугу непосредственно Договариваемое учреждение или Застрахованному лицу полученную Услугу следует оплатить из собственных средств.

ОПЛАТА УСЛУГ ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ

5.5. Если между учреждением и Страховым обществом не заключен договор или если за полученные в Договариваемом учреждении Услуги невозможно расплатиться Картой страхования здоровья, Застрахованное лицо расплачивается за Услугу своими собственными средствами. В этом случае Страховое общество компенсирует расходы Застрахованного лица и рассчитывает Страховое возмещение, учитывая лимиты на оплату Услуг, указанные в Особых условиях Страхового полиса (и в выданном Застрахованному лицу информативном материале).

5.6. Если Услуга не включена в список лимитов на оплату Услуг, Страховое общество вправе выплатить Страховое возмещение, размер которого не превышает стоимость данной Услуги в Договариваемых учреждениях.

5.7. Страховое общество выплачивает Страховое возмещение Застрахованному лицу в соответствии с Программой страхования, 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 в течение 30 (тридцати) дней после оплаты Услуг, но не позднее 30 (тридцати) дней после окончания Страхового периода подает Страховому обществу заявление о Страховом возмещении, а также все необходимые документы, указанные в пункте 5.13. данных условий.

5.8. Заявление о Страховом возмещении можно подать:

5.8.1. в электронном виде на домашней странице Страхового общества www.if.lv; или

5.8.2. в центре обслуживания клиентов Страхового общества; или

5.8.3. отправив его по почте на юридический адрес Страхового общества.

5.9. В случае подачи заявления о Страховом возмещении в электронном виде на домашней странице Страхового общества www.if.lv следует:

5.9.1. заполнить заявление в электронном виде;

5.9.2. приложить необходимые документы в сканированном или сфотографированном виде.

5.10. Если заявление о Страховом возмещении подается в электронном виде на домашней странице Страхового общества www.if.lv, Застрахованное лицо обязано хранить оригиналы документов, отправленных Страховому обществу в электронном виде, в течение трех лет после получения Услуги и по требованию Страхового общества предъявить оригиналы документов.

5.11. В случае подачи заявления о Страховом возмещении в письменной форме следует:

5.11.1. заполнить и подписать бланк заявления;

5.11.2. приложить оригиналы или копии необходимых документов;

5.11.3. подать вышеупомянутые документы в центре обслуживания клиентов Страхового общества или отправить их по почте.

5.12. В случае подачи заявления о Страховом возмещении в письменной форме Страховое общество уменьшает возмещение, подлежащее выплате, в размере Собственного риска, т. е. EUR 1,00 (одного евро), за заявление о Страховом возмещении. Собственный риск не применяется, если заявление о Страховом возмещении подается на домашней странице Страхового общества www.if.lv.

5.13. Документы, прилагаемые к заявлению о Страховом возмещении:

5.13.1. 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), а также название, количество и стоимость Услуги. Если документ, подтверждающий платеж, не содержит вышеуказанную информацию, необходимо приложить другой документ, выданный поставщиком Услуги и содержащий недостающую информацию;

5.13.2. медицинский документ, служащий обоснованием для получения Услуги и указанный в Программе страхования:

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

5.13.2.2. в случае дополнительной программы Медикаменты – оригинал или копия выписанного врачом рецепта;

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

5.13.2.4. в случае дополнительной программы Оптика – оригинал или копия выписанного врачом рецепта;

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

5.14. Если направление от врача, выписка, рецепт или другие медицинские документы обработаны и выданы централизованной информационной системой «E-veselība», Застрахованное лицо вместо соответствующего письменного документа предъявляет распечатку из данной системы.

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

ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЯ О ВЫПЛАТЕ ИЛИ ОТКАЗЕ ВЫПЛАТИТЬ СТРАХОВОЕ ВОЗМЕЩЕНИЕ:

5.16. Страховое общество перед принятием решения о том, представляют ли полученные Услуги Страховой случай, вправе:

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

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

5.17. После получения всей необходимой документации Страховое общество принимает решение о выплате или отказе в выплате Страхового возмещения в следующие сроки:

5.17.1. в течение двух рабочих дней, если заявление о Страховом возмещении подано на домашней странице Страхового общества www.if.lv;

5.17.2. в течение пятнадцати рабочих дней, если заявление о Страховом возмещении подано в центре обслуживания клиентов Страхового общества или отправлено по почте.

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

ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ ОПЛАТЫ УСЛУГ

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

5.20. Страховое общество вправе в течение Страхового периода, предупредив об этом Страхователя за один месяц, ввести ограничения на оплачиваемые Услуги или потребовать заплатить 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, за получение которых предусмотрена выплата Страхового возмещения согласно договору страхования.

5.21. В случае, упомянутом в пункте 5.19. данных условий, если Страхователь не соглашается с ограничениями Страхового общества, распространяющимися на оплачиваемые Услуги, или с рассчитанной дополнительной Страховой премией, подлежащей оплате, Страховое общество вправе в одностороннем порядке установить ограничение, сообщив об этом Страхователю, или же досрочно расторгнуть договор страхования.

5.22. Страховое общество вправе во время действия договора страхования и, предварительно сообщив об этом Страхователю, изменить порядок выплаты Страхового возмещения, сохранив при этом весь объем оплачиваемых Услуг, указанный в Программе страхования.

6. ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В СПИСОК ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ

6.1. Данные условия внесения изменений относятся только к изменениям в списке застрахованных сотрудников Страхователя. Если в Страховом полисе указано, что застрахованы родственники, изменения в список родственников вносятся согласно указанному в Страховом полисе.

6.2. Изменения в список Застрахованных лиц вносятся после подачи Страхователем заявления об изменениях в списке Застрахованных лиц (в электронном или письменном виде). В заявлении необходимо указать следующую информацию о лице, подлежащем страхованию или исключению из списка Застрахованных лиц: имя, фамилию, персональный код, 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).

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

6.4. Внесение Застрахованных лиц в список Застрахованных лиц:

6.4.1. Страхователь указывает, какая Программа страхования из указанных в Страховом полисе выбрана для конкретного сотрудника;

6.4.2. в случае добавления сотрудника Страховой период начинается с даты, указанной в заявлении, но не раньше чем в течение одного рабочего дня после подачи заявления, и завершается в указанный в Страховом полисе день;

6.4.3. Карта страхования здоровья, а также изменения и поправки к договору страхования подготавливаются в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения заявления Латвийским филиалом АО If P&C Insurance;

6.4.4. Страховую премию за дополнительно Застрахованных лиц следует заплатить одним платежом за весь Страховой период;

6.4.5. Страховая премия рассчитывается в соответствии с Особыми условиями Страхового полиса, касающимися внесения изменений в список Застрахованных лиц.

6.5. Исключение Застрахованных лиц из списка Застрахованных лиц:

6.5.1. Застрахованное лицо может быть исключено из списка, если данное Застрахованное лицо завершило рабочие отношения со Страхователем;

6.5.2. Застрахованное лицо исключается из списка Застрахованных лиц со дня, указанного в заявлении, но не раньше дня подачи данного заявления;

6.5.3. размер возвращаемой Страховой премии за неиспользованный Страховой период рассчитывается в соответствии с Особыми условиями Страхового полиса, касающимися внесения изменений в список Застрахованных лиц.