NIKOLI SAMI
V BOLEZNI

Zdravstveno zavarovanje Best Doctors

SAVA
ZAVAROVALNICA

NIKOLI SAMI
V BOLEZNI

Best Doctors

Zdravljenje pri najboljših zdravnikih

Zdravje vam prinaša največje obresti.
Zato ne oklevajte in se odločite za zavarovanje Best Doctors.

Kaj je zavarovanje Best Doctors?

Je oblika zdravstvenega zavarovanja, ki omogoča dostop do drugega zdravniškega mnenja in zdravljenja pri najboljših zdravnikih in ustanovah za zdravljenje v tujini.

Komu je zavarovanje namenjeno?

Zavarovanje je namenjeno vsem vam, ki niti za trenutek ne želite prepustiti naključju vašega zdravja ali zdravja vaših otrok. Torej osebam, ki v najbolj nujnih primerih potrebujejo in pričakujejo najboljšo in takojšnjo zdravstveno oskrbo vrhunskih strokovnjakov.
Zavarovanje Best Doctors vključuje dostop do najboljših zdravnikov, ki bodo, v kolikor boste to potrebovali, preučili vaš morebitni primer in vam poiskali ter priporočili najboljšo ustanovo za zdravljenje zunaj Slovenije.

Best Doctors zavarovanje vam nudi:

- Zdravljenje pri najboljših zdravnikih po vsem svetu (razen v Sloveniji) v primeru kritih bolezni.
- Dostop do drugega zdravniškega mnenja, ki ga bo napisal eden od vodilnih strokovnjakov na svetu.
- Drugo zdravniško mnenje v primeru katerekoli bolezni in/ali poškodbe razen za psihiatrična stanja, zobozdravstvene težave in trenutno hospitalizirane osebe.
- Kritje stroškov prevoza in nastanitve za zavarovanca in spremljevalca, ki potuje skupaj z zavarovancem zaradi zdravljenja krite bolezni.

Prednosti zavarovanja Best Doctors

- Dostop do najboljših zdravnikov po vsem svetu in zdravljenje v priznanih mednarodnih centrih v vrednosti do 1.000.000 EUR.
- V primeru hospitalizacije v tujini zaradi zdravljenja krite bolezni je zavarovanec dnevno upravičen še do 100 EUR bolnišničnega dne (največ 60 dni v okviru enega zavarovalnega primera).
- Pridobitev drugega mnenja zdravnika (InterConsultation) traja praviloma 14–21 dni, celoten postopek, od klica v asistenčni center do zdravljenja pa traja praviloma 33–40 dni v odvisnosti od sodelovanja upravičenca.
- Celoten postopek uporabe storitve Best Doctors se aktivira z enim samim klicem na brezplačno telefonsko številko. Pogovor bo potekal v slovenskem jeziku.
- Možnost priključiti k že obstoječemu življenjskemu zavarovanju ali skleniti kot samostojni produkt.
- Visoko zavarovalno kritje, brez varčevalne komponente.

Do storitev Best Doctors z enim telefonskim klicem

NIKOLI SAMI
V BOLEZNI

Značilnosti zavarovanja Best Doctors:

Pristopna starost zavarovane osebe	Od 31 dni do 64 let.	
Zavarovalna doba	**Best Doctors priključen k življenjskemu zavarovanju**	Zavarovalna doba znaša eno leto in se po poteku podaljša za enak čas trajanja, vendar največ do poteka osnovnega življenjskega zavarovanja.
	Samostojni Best Doctors	Zavarovalna doba znaša eno leto in se lahko podaljša najkasneje do zavarovalnega leta v katerem bo zavarovanec dopolnil 84. leto starosti.
Zavarovalno kritje	• **Drugo zdravniško mnenje** vrhunskega strokovnjaka za katerokoli bolezen* in /ali poškodbo kot posledico nezgode - da boste povsem prepričani v postavljeno diagnozo. Zavarovanec pridobi poročilo in priporočilo, ki bo temeljilo na najnovejših razpoložljivih medicinskih dognanjih. • **Najboljša zdravniška oskrba** - v primeru izpolnjevanja pogojev vam le–ta pripada v najprimernejši bolnišnici pri ustreznem strokovnjaku v drugi državi.	
Višina zavarovalnega kritja	Vključuje drugo zdravniško mnenje ter stroške zdravljenja kritih bolezni in zdravstvenih postopkov po vsem svetu, razen v Sloveniji (z izjemo stroškov za zdravila - tč. II) do naslednjih višin zavarovalnih vsot: a. **1.000.000 EUR** na zavarovano osebo na leto, b. **2.000.000 EUR** v življenju zavarovane osebe (v času veljavnosti police) I. 100 EUR bolnišnični dan v primeru hospitalizacije v tujini, II. 50.000 EUR za stroške zdravil kupljenih v Sloveniji po končanem zdravljenju v tujini (v času veljavnosti police) pod pogojem, da jih ne krije ZZZS ali druga zavarovalna polica zavarovanca. Zavarovalna vsota I. in II. sta sestavni del predhodno navedenih zavarovalnih vsot (a oz. b).	
Zavarovalec	Fizična ali pravna oseba.	
Zavarovana oseba	**Best Doctors priključen k življenjskemu zavarovanju**	Zavarovana oseba osnovnega življenjskega zavarovanja.
Pogostost plačevanja premije	**Best Doctors priključen k življenjskemu zavarovanju**	Mesečno (velja tudi za osnovno polico življenjskega zavarovanja).
	Samostojni Best Doctors	Mesečno, četrtletno, polletno, letno.

*Razen: psihiatrična stanja, zobozdravstvene težave in trenutno hospitalizirane osebe.

Primer izračuna za družine

Primer družine	Mesečna premija z 8,5 % DPZP v (EUR)
1 starš in 1 otrok (mlajši od 18 let)	28,70

NIKOLI SAMI
V BOLEZNI

SPECIFIKACIJA ZAVAROVALNEGA PROGRAMA

Zavarovanje Best Doctors krije drugo zdravniško mnenje ter stroške zdravljenja kritih bolezni in zdravstvenih postopkov po vsem svetu do višine dogovorjenih zavarovalnih vsot in sicer:

RAKAVA OBOLENJA

Vključuje zdravljenje kateregakoli malignega tumorja, vključno z levkemijo, sarkomom in limfomom (razen kožni limfom), za katerega je značilna nenadzorovana rast in širitev malignih celic ter napad tkiv, kot tudi zdravljenje predmalignih tumorjev in in-situ karcinomov, ki so omejeni na epitel področja nastanka in niso prešli na stromo ali bližnja tkiva.

PRESADITVE

Organa živega darovalca
Vključuje kirurško presaditev ledvice, dela jeter, pljučnega režnja ali trebušne slinavke. Neozdravljivi organ je nadomeščen z drugim, enakim organom, ki ga daruje druga živa kompatibilna oseba.

Kostnega mozga
Vključuje kirurško presaditev kostnega mozga zaradi neozdravljive okvare njegove funkcije. Kostni mozeg je kompatibilen z drugim mozgom iste vrste, ki ga daruje:

- zavarovanec (transplantacija zavarovančevih gojenih celic),
- živa kompatibilna oseba.

TEŽJI OPERATIVNI POSEGI

Nevrokirurgija
Vsebuje vse kirurške posege na možganih in/ali drugih znotraj lobanjskih strukturah, kot tudi benigne tumorje hrbtenjače.

Zamenjava in popravilo srčnih zaklopk
Vključuje celotno zamenjavo ali popravilo ene ali več srčnih zaklopk.

Kirurška koronarna revaskularizacija (miokardna revaskularizacija)
Vključuje kirurški poseg, ki je opravljen po predlogu kardiologa zaradi zožitve ali neprehodnosti ene ali več koronarnih arterij.

KONTAKTNA ŠTEVILKA
080 19 20
Pogovor bo potekal v slovenskem jeziku

NIKOLI SAMI
V BOLEZNI

KRATKO NAVODILO ZA UVELJAVLJANJE ZAHTEVKA

Kaj storiti v primeru diagnoze krite bolezni?

Dostop do najboljše medicinske oskrbe v samo štirih korakih:

1. Pokličite nas	To je prvi korak koriščenja zdravstvenih storitev Best Doctors. Ob vzpostavitvi stika z nami vam bo oseba odgovorna za vaš primer, razložila vse o začetku postopka za pridobitev drugega zdravniškega mnenja in vam dala nadaljnja priporočila glede najprimernejšega zdravljenja. Best Doctors sestavlja mreža 50.000 zdravnikov po vsem svetu, vsak od njih pa je strokovnjak na svojem področju.
2. Rešimo vas dvomov	Zbrali bomo vaše razpoložljive in ustrezne zdravstvene podatke, kot so diagnoza, zdravstvena anamneza in izvidi. Izberemo najprimernejšega strokovnjaka, ki bo preučil dokumentacijo, s podrobnim poročilom potrdil vašo diagnozo in priporočil najprimernejše zdravljenje. Nato vam posredujemo poročilo, ki ga morate natančno preučiti, in v katerem potrdimo, ali je vaše stanje in/ali poseg vključeno v kritje zdravljenja. Drugo zdravniško mnenje lahko pridobite za katerokoli bolezen in/ali poškodbo*.
3. Ponudimo vam rešitve	Če se skladno s priporočili strokovnjaka odločite za zdravljenje v tujini, bomo poiskali najprimernejšo bolnišnico/zdravstveno ustanovo in vam pomagali izbrati najprimernejšo možnost. Poleg tega vas bomo naročili pri zdravnikih in poskrbeli za sprejem v bolnišnico. Za vas in za vašega spremljevalca bomo uredili vse potrebno za potovanje (npr. letalske vozovnice in nastanitev).
4. Zaupajte v Best Doctors	Vselej smo ob vas, odgovarjamo na vaša vprašanja in vam pomagamo s pojasnili, če česa ne razumete. Med celotnim postopkom vam posredujemo vse potrebne informacije, tako da se lahko vi osredotočite samo na okrevanje.

*Razen: psihiatrična stanja, zobozdravstvene težave in trenutno hospitalizirane osebe.

NIKOLI SAMI
V BOLEZNI

Best Doctors v praksi

ANDREJ O IZKUŠNJI Z BEST DOCTORS

Pri Best Doctors so pomagali Andreju tako, da so mu zagotovili dostop do vodilnega strokovnjaka za izvedbo posega, ki ga je potreboval.

Oktobra 2013 je bila Andreju postavljena diagnoza: tumor na hipofizi. Posledica takšnega tumorja je prekomerna proizvodnja rastnega hormona, kar lahko povzroči prezgodnjo smrt. Priporočili so mu takojšnjo operacijo z odstranitvijo tumorja.

Andrej je imel dostop do drugega zdravniškega mnenja Best Doctors, ki strankam priskrbi drugo zdravniško mnenje. Vodilni mednarodni strokovnjak, ki so ga izbrali iz podatkovne zbirke Best Doctors, je temeljito preučil njegov primer in potrdil, da je operacija najboljša rešitev. Strokovno znanje kirurga je bilo pri tem posegu bistvenega pomena, zato je Best Doctors pripravila seznam najboljših svetovnih možganskih kirurgov in bolnišnic, kjer bi lahko opravili operacijo.

Best Doctors je uredila vse do najmanjše podrobnosti. Andreja so operirali v bolnišnici Cedars Sinai Medical Center v Los Angelesu. Družba je organizirala in plačala vse od potovanja do nastanitve. Operacija je bila zelo uspešna, Andrej pa bo moral v naslednjih petih letih samo še opraviti pet preiskav.

»Imel sem si možnost ogledati podatkovno zbirko Best Doctors, kar se je izkazalo za ogromno prednost mojega zdravstvenega zavarovanja.«

»Brez dvoma lahko trdim, da je bila izbira Best Doctors moja najboljša odločitev, saj so mi omogočili dostop do najboljših zdravnikov na svetu za zdravljenje moje bolezni. Celotni postopek so izpeljali na visoki profesionalni ravni in nikoli niso pozabili na človeško plat.«

To je resničen primer, družba Best Doctors pa je dovoljenje za objavo pridobila od bolnika. Da bi zavarovali in ohranili bolnikovo zasebnost, smo spremenili osebne podatke. Te zgodbe ali njenih delov ni dovoljeno kopirati, uporabljati ali objavljati brez izrecnega dovoljenja družbe Best Doctors.

BOJAN IZ LJUBLJANE O IZKUŠNJI Z BEST DOCTORS

Zavarovanje potrebuješ takrat, ko to najmanj pričakuješ. Po preventivnem pregledu prostate, na katerem so mi odkrili cisto na ledvici, mi zdravniki kljub dodatnim CT preiskavam niso mogli jasno povedati za kakšno vrsto ciste gre. Odločil sem se, da v sklopu zavarovanja Best Doctors pridobim drugo mnenje. V zelo kratkem času sem iz Združenih držav Amerike prejel drugo mnenje, pri čemer sem bil z ustanovo Best Doctors ves čas v kontaktu. Resnično prvič sem imel občutek, da mi neka ustanova dejansko želi pomagati. Občutek, da v težkih trenutkih nisi nemočen in sam, je vreden veliko.

Po prejemu drugega mnenja sem zdravnikom posredoval še novejše izvide. Mnenje so dopolnili tudi s konkretnim predlogom, da je potreben operacijski poseg. Vse se je dogajalo zelo hitro, zato me je še posebej presenetilo sporočilo, da lahko Best Doctors v roku enega meseca opravi predviden poseg v dveh uglednih klinikah (Royal Marsden Hospital iz Londona oziroma Brigham and Womens Hospital Boston, ZDA). Poseg bi opravila dva mednarodno priznana specialista – v Londonu prof. David Nikol oziroma v Bostonu Dr. Jerome Richie.

Z vsem navedenim sem seznanil tudi oba specialista urologa v moji bolnišnici. Oba sta bila nad izbiro specialistov in možnostjo, ki mi jo je ponudil Best Doctors navdušena in sta podprla mojo odločitev ob morebitnem odhodu na poseg v tujino.

Hvala Zavarovalnici Sava, da mi z zavarovanjem Best Doctors nudite občutek varnosti in možnost drugega mnenja ter zdravljenja.

To je resničen primer, Zavarovalnica Sava pa je dovoljenje za objavo pridobila od bolnika. Da bi zavarovali in ohranili bolnikovo zasebnost, smo spremenili osebne podatke. Te zgodbe ali njenih delov ni dovoljeno kopirati, uporabljati ali objavljati brez izrecnega dovoljenja Zavarovalnice Sava.

NIKOLI SAMI
V BOLEZNI

PARTNERJI

Best Doctors:

Družbo Best Doctors sta ustanovila dva profesorja s Harvardske medicinske fakultete, s prepričanjem, da morajo imeti ljudje po vsem svetu dostop do vodilnih svetovnih strokovnjakov, ki lahko odgovorijo na vsa pomembna vprašanja v primeru diagnoze resnih zdravstvenih stanj oziroma bolezni ter poskrbijo za ustrezno zdravljenje. Družba Best Doctors poveže povsem običajne ljudi z vodilnimi svetovnimi strokovnjaki.

Best Doctors®

Tabela premij*

Pristopna starost za zavarovane osebe:	Frekvenca plačevanja	Premija brez 8,5 % DPZP	8,5 % DPZP	Premija z 8,5 % DPZP
Od 31 dni do 18 let	mesečno	8,66	0,74	9,40
	četrtletno	19,24	1,64	20,88
	polletno	34,96	2,97	37,93
	letno	62,00	5,27	67,27
Od 19 do 64 let	mesečno	17,79	1,51	19,30
	četrtletno	46,38	3,94	50,32
	polletno	88,97	7,56	96,53
	letno	169,00	14,37	183,37
Od 65 do 85 let	mesečno	22,53	1,92	24,45
	četrtletno	60,35	5,13	65,48
	polletno	116,46	9,90	126,36
	letno	222,95	18,95	241,90

*Premija se zviša konec tistega zavarovalnega leta, ko zavarovanec dopolni 18 oz. 64 let.

(v EUR)

NIKOLI SAMI V BOLEZNI

SAVA ZAVAROVALNICA

ZZ-DOP-BD-01/16

Dopolnilni pogoji za zdravstveno zavarovanje Best Doctors
veljajo od 2. 11. 2016

1. člen SPLOŠNE DOLOČBE

1. Zdravstveno zavarovanje Best Doctors (v nadaljnjem besedilu: dodatno zavarovanje) je zavarovanje, ki ga je možno priključiti k življenjskemu zavarovanju.
2. Če je dodatno zavarovanje priključeno osnovnemu življenjskemu zavarovanju, so ti dopolnilni pogoji sestavni del pogodbe življenjskega zavarovanja s priključenim dodatnim zavarovanjem, ki je sklenjena med zavarovalcem in Zavarovalnico Sava, d.d. (v nadaljnjem besedilu: zavarovalnica).
3. V okviru dodatnega zavarovanja se je mogoče zavarovati za primer koriščenja storitve InterConsultation (drugo zdravniško mnenje) in storitve FindBestCare (najboljša oskrba) - (celostno nudenje načrtovanega zdravljenja v tujini, vključujoč pomoč pri organizaciji potovanja in nastanitve, pri izvajanju postopka glede sprejetja v bolnišnico in pri zdravstvenih napotitvah, spremljanje zdravljenja v tujini in ob povratku komuniciranje z zdravniki, ki izvajajo zdravljenje). Dodatno zavarovanje krije drugo zdravniško mnenje, stroške zdravljenja kritih bolezni in zdravstvenih postopkov po vsem svetu, razen v Sloveniji do višine dogovorjenih zavarovalnih vsot.
4. Uporabljeni izrazi, zapisani v slovnični obliki moškega spola, so uporabljeni kot nevtralni in veljajo enakovredno za oba spola in pomenijo:
   1. **alternativna medicina** - zdravstveni sistemi in sistemi zdravstvenega varstva, prakse in izdelki, ki se ne upoštevajo kot del uradne medicine ali standardnih zdravljenj, ki vključujejo tudi, vendar niso omejeni na: akupunkturo, aromaterapijo, kiropraktiko, homeopatsko medicino, naturopatsko medicino in osteopatsko medicino;
   2. **bolezen** - vse nenaključne spremembe zdravstvenega stanja osebe, ki jih diagnosticira in potrdi zdravnik z uradno licenco za izvajanje takšne dejavnosti. Bolezen vključuje vse poškodbe in posledice nastale zaradi iste nezgode ter vse bolezni, ki izvirajo iz istega ali sorodnega vzroka. Če bolezen izvira iz istega vzroka kot pretekla bolezen ali iz z njo povezanih vzrokov (vključno s posledicami ali zapleti, ki izhajajo iz pretekle bolezni), se bolezen šteje za nadaljevanje pretekle in ne za novo bolezen;
   3. **bolnišnica** - zasebna ali javna organizacija, zakonito pooblaščena, da nudi medicinsko zdravljenje za bolezni ali telesne poškodbe in je opremljena z materialnimi/tehnološkimi sredstvi in z ustreznim osebjem, ki izvaja diagnostične postopke in kirurške posege in kjer so prisotni zdravniki in zdravstveno osebje 24 ur na dan;
   4. **cerebralni sindrom** - prisotnost cerebralne motnje ali poškodbe možganov, ki se kaže v delni ali popolni oslabitvi delovanja možganov;
   5. **datum začetka dodatnega zavarovanja -** datum začetka dodatnega zavarovanja je naveden na polici ali aneksu;
   6. **družba Best Doctors -** Best Doctors Services S.L.U. je del družbe Best Doctors Inc. in je storitveno podjetje, ki nudi naslednje zdravstvene storitve povezane z zavarovalno polico ali aneksom: InterConsultationTM (drugo zdravniško mnenje) in FindBestCare® (najboljša oskrba);
   7. **družinski član** - za družinske člane štejejo zavarovalčev oziroma zavarovančev zakonec ali zunajzakonski partner ter neporočeni otrok zavarovalca oziroma zavarovanca ali zavarovalčevega oziroma zavarovančevega zakonca (vključno z biološkim otrokom, pastorkom ali zakonito posvojenim otrokom). Kraj stalnega bivališča zakonca ali neporočenega otroka mora biti enak bivališču zavarovalca oziroma zavarovanca, razen v primeru drugega dogovora z zavarovalnico. Otrok se lahko zavaruje kot družinski član do pristopne starosti 18 let in lahko ostane v tem zavarovanju do konca zavarovalnega leta, v katerem je dopolnil 26. leto starosti;
   8. **eksperimentalno zdravljenje** - zdravljenje, postopek, potek zdravljenja, oprema, zdravstveni ali farmacevtski izdelek, namenjen medicinski ali kirurški uporabi, ki ni sprejeto kot varno, učinkovito in ustrezno za zdravljenje bolezni ali poškodbe s strani različnih znanstvenih organizacij, prepoznanih s strani mednarodne zdravstvene skupnosti oziroma je predmet študije, raziskave, testiranja ali je na katerikoli stopnji kliničnega eksperimentiranja;
   9. **hospitalizacija (nočitev)** - bivanje, ki traja preko noči v bolnišnici ali kliniki in obsega bivanje v času dveh zaporednih datumskih dni;
   10. **InterConsultation (drugo zdravniško mnenje)** -strukturiran postopek pridobitve drugega zdravniškega mnenja, ki je osnovan na temeljitem pregledu zdravstvenih podatkov in diagnostičnega materiala zavarovanca. Drugo zdravniško mnenje podajo priznani zdravstveni strokovnjaki, vodilni na svojem področju. To storitev omogoča družba Best Doctors. Zavarovancu omogoča pridobitev mnenja drugega zdravnika o že postavljeni diagnozi in o že predpisanem načinu zdravljenja bolezni ali poškodbe vključno z boleznimi, ki vplivajo na sposobnosti izvajanja aktivnosti vsakodnevnega življenja ob upoštevanju določil 16. člena teh pogojev. To storitev lahko zavarovanec uveljavlja po sklenitvi zavarovanja pod pogojem, da so do dneva uveljavljanja te storitve plačane vse zapadle premije. Zavarovanec je dolžan premijo plačevati tudi v obdobju reševanja zahtevka;
   11. **izključitev** - to je določena situacija ali stanje, ki ga zavarovalna polica ali aneks ne krije in ki ga zavarovalnica v primeru zahtevka ni dolžna plačati;
   12. **karenca** - obdobje 180 dni od datuma začetka dodatnega zavarovanja ali od datuma vključitve novega zavarovanca. Zavarovalec je za to obdobje dolžan plačevati premijo. V primeru, da je bila v tem obdobju zavarovancu diagnosticirana katerakoli bolezen ali so v tem času nastali prvi medicinsko dokumentirani simptomi bolezni, ni zavarovalnega kritja kljub veljavnosti police ali aneksa. Karenca velja le za koriščenje storitve FindBestCare (najboljša oskrba);
   13. **neinvaziven ali »in-situ« rak** - maligni tumor, ki je omejen na epitelij, kjer ima svoj izvor in se ni razširil na stromo ali tkiva, ki obdajajo izvorno mesto. To je predinvazivni maligni tumor, diagnosticiran v začetni fazi, z ugodno prognozo v primeru popolne odstranitve;
   14. **nezgoda** - kakršenkoli silovit, nenaden in nenameren dogodek, ki nastane izključno zaradi zunanjega vzroka, in ki ima za posledico poškodbo zavarovanca;
   15. **operacija** - vse operacije z diagnostičnim ali terapevtskim namenom, izvedene z rezom ali drugačnim posegom v notranjost telesa s strani kirurga v bolnišnici in ki običajno zahtevajo uporabo operacijske dvorane;
   16. **partner** - zakonec (po sklenitvi zakonske zveze), registrirani istospolni partner, neporočena oseba stara več kot 18 let, ki živi z zavarovalcem ali zavarovancem in je finančno odvisna od zavarovalca ali zavarovanca (ali sta medsebojno finančno odvisna). Partner ne more biti sorodnik zavarovalca ali zavarovanca, razen če je zakonec (po sklenitvi zakonske zveze) ali registrirani istospolni partner. Zavarovalec ali zavarovanec lahko navede samo eno osebo kot partnerja. Lahko sta istega ali nasprotnega spola;
   17. **polica ali aneks** - dokument v katerem so navedene podrobnosti o zavarovancu in zavarovalcu ter imena družinskih članov, na katere se nanaša dodatno zavarovanje. Prav tako določa zavarovalno vsoto, premijo, datum začetka veljavnosti in okoliščine prenehanja;
   18. **ponudba** - obrazec, ki ga mora izpolniti zavarovanec in/ali zavarovalec, da lahko zaprosi za zavarovalno polico ali aneks;
   19. **poškodba** - škoda, prizadejana telesu zavarovanca;
   20. **predhodne obstoječe bolezni** - katerekoli bolezni, kakor tudi njihove posledice, ki so bile diagnosticirane, zdravljene ali ugotovljene pri zavarovancu v obdobju desetih let pred datumom začetka veljavnosti zavarovalne police ali aneksa. V primeru vključitve dodatnih družinskih članov se ugotavljajo predhodno obstoječe bolezni prav tako v obdobju desetih let, vendar od datuma njihove vključitve v to dodatno zavarovanje;
   21. **predhodno zdravstveno potrdilo** - pisna odobritev družbe Best Doctors, ki vključuje potrditev kritja v skladu s polico ali aneksom pred izvedbo storitev v navedeni bolnišnici, zunaj države v kateri je stalno prebivališče zavarovanca, in sicer za katerokoli zdravljenje, storitev, material ali recepte, ki so povezani z zahtevkom po polici ali aneksu;
   22. **premija** - cena zavarovanja, ki jo je treba plačati zavarovalnici. Frekvenca plačila je določena na ponudbi oziroma polici ali aneksu;
   23. **pristopna starost** - razlika med letnico začetka dodatnega zavarovanja in letnico rojstva;
   24. **proteza** - naprava oziroma pripomoček, ki nadomešča ves organ ali del organa, oziroma nadomešča vse funkcije ali del funkcij pri nedelujočem ali okvarjenem delu telesa;
   25. **svetovalec kardiolog** - zdravnik, ki je specializiran za bolezni srca in kardiovaskularnega sistema;
   26. **teroristično dejanje** - dejanje, ki med drugim vključuje uporabo sile ali nasilja in/ali grožnje iz le-tega s strani katerekoli osebe ali skupine oseb, ki delujejo samostojno ali v imenu ali v povezavi s katerekoli organizacijo ali vlado, storjeno zaradi političnega, religioznega, ideološkega ali podobnega namena, ki vključuje namero ustrahovanja in vplivanja na katerokoli vlado in/ali namero ustrahovanja javnosti ali dela javnosti ali uporabo biološkega, kemičnega, radioaktivnega ali jedrskega sredstva, materiala, naprav ali orožja;
   27. **upravičenja** - obseg ali raven storitev in kritja, do katerega je zavarovanec upravičen v skladu z zavarovalno polico ali aneksom;
   28. **zahtevek** - dogodek, katerega posledice krije polica ali aneks v celoti ali delno. Posledice, ki izhajajo iz istega vzroka, se štejejo kot en sam zahtevek;
   29. **zavarovalec** - fizična ali pravna oseba, ki zaprosi in sprejme zavarovalno polico ali aneks in jo pravno zavezujejo obveznosti zavarovalne police ali aneksa, z izjemo obveznosti, ki zaradi svoje narave vplivajo na zavarovanca;
   30. **zavarovalna vsota** - najvišji znesek za plačilo do katerega jamči zavarovalnica v primeru koriščenja storitev opredeljenih v teh pogojih;

31. **zavarovalnica** - pravna oseba, ki prevzema tveganje skladno s pogoji zavarovanja;

32. **zavarovalno leto/zavarovalna doba** - je obdobje enega leta, ki prične z dnevom in mesecem začetka zavarovanja;

33. **zavarovanec** - oseba, navedena na polici ali aneksu, za katero je bila zavarovalna polica ali aneks izdana in je deležna pravic iz te pogodbe;

34. **zdravila** - katerakoli substanca ali kombinacija substanc, ki je lahko uporabljena ali predpisana zavarovancu z namenom obnovitve, poprave ali spreminjanja fiziološkega delovanja ob izvajanju farmakološkega, imunološkega ali metaboličnega ukrepanja, ali z namenom izvajanja zdravstvene diagnoze, pridobljene samo z zdravniškim receptom s strani zdravnika in izdana s strani farmacevta z licenco. Recept za zdravilo blagovne znamke je veljaven za generično zdravilo z istimi aktivnimi sestavinami, močjo in obliko odmerka, kot jih ima varianta blagovne znamke;

35. **zdravnik** - strokovnjak, ki ima uradno licenco za izvajanje zdravstvenih storitev;

36. **zdravstveni vprašalnik** - obrazec, izpolnjen in podpisan s strani zavarovanca pred dokončnim sprejemom v dodatno zavarovanje in je osnova za analizo tveganja, ki ga opravi zavarovalnica. V primeru mladoletnih oseb mora biti obrazec izpolnjen in podpisan s strani zavarovalca oziroma zakonitega zastopnika zavarovanca;

37. **zdravstveno nujni** - storitve zdravstvene oskrbe in materiali, ki so:

- nujni za zadovoljitev osnovnih zdravstvenih potreb zavarovanca;
- opravljeni na zdravstveno najprimernejši način v okolju, primernem za opravljanje zdravstvenih storitev, ob upoštevanju stroškov in kakovosti oskrbe;
- namenjeni enaki vrsti pogostosti in trajanju zdravljenja skladno z znanstvenimi smernicami zdravstvenih ali raziskovalnih organizacij ali državnih agencij, ki jih je potrdila zavarovalnica;
- skladni z diagnozo stanja ali bolezni;
- potrebni iz razlogov, ki ne izvirajo iz osebnih želja zavarovanca ali njegovega zdravnika, in
- ki skozi prevladujočo predhodno pregledano zdravstveno literaturo veljajo za:
  - varne in učinkovite pri zdravljenju ali postavljanju diagnoze stanja ali bolezni skladno z namenom uporabe,
  - varne v smislu učinkovitosti pri zdravljenju življenjsko ogroženega stanja ali bolezni pri nadzorovani klinični raziskavi.

2. člen SKLENITEV ZAVAROVALNE POGODBE

1. Zavarovalna pogodba se lahko sklene na podlagi pisne ponudbe ali v elektronski obliki.
2. Če se zavarovalnica s ponudbo ne strinja, mora v osmih dneh po njenem prejemu o tem pisno obvestiti ponudnika.
3. Če zavarovalnica ni odklonila ponudbe, ki ne odstopa od pogojev, po katerih sklepa dodatno zavarovanje, se šteje, da je to zavarovanje sklenjeno, ko je zavarovalnica prejela ponudbo.
4. Če se polica ali aneks bistveno razlikujeta od pisne ponudbe in drugih pisnih izjav zavarovalca, lahko zavarovalec takim razlikam pisno ugovarja v enem mesecu po prejemu police ali aneksa. Če tega ne stori, velja vsebina police ali aneksa.
5. Šteje se, da je ponudnik odstopil od dodatnega zavarovanja, če na posebne pogoje ni pristal v osmih dneh po prejemu priporočenega obvestila zavarovalnice.
6. Vse prijave in izjave, ki jih zavarovalnica ali zavarovanec predložita drug drugemu, veljajo od trenutka prejema le-teh. Vsi dogovori veljajo samo, če so sklenjeni pisno. Če se pošiljajo po pošti, se kot dan prejema šteje dan, ko je zavarovalnica prejela priporočeno pismo.
7. Če zavarovalec in zavarovanec nista ena in ista oseba, je za veljavnost pogodbe potreben tudi podpis zavarovanca na ponudbi.
8. Tega dodatnega zavarovanja ni mogoče kapitalizirati, odkupiti, zahtevati predujem ali mirovanje.
9. Upravičenec za koriščenje storitev dodatnega zavarovanja je zavarovanec.
10. Zavarovalnica lahko pri pogodbah sklenjenih na daljavo določi, da je zavarovanje sklenjeno s samim plačilom premije.

3. člen TRAJANJE DODATNEGA ZAVAROVANJA IN KRITJA

1. V kolikor se dodatno zavarovanje priključi k osnovnemu življenjskemu zavarovanju že ob sklenitvi le-tega, je začetek dodatnega zavarovanja vezan na začetek osnovnega življenjskega zavarovanja. Dodatno zavarovanje velja za obdobje enega leta, če ni drugače dogovorjeno.

   Zavarovalec ima pravico do vsakokratnega podaljšanja dodatnega zavarovanja za eno leto pod enakimi pogoji, pri čemer se podaljšanje izvede molče, razen v primerih iz 2. odstavka tega člena ter 13. člena teh pogojev. Dodatno zavarovanje se lahko podaljša najdlje do konca trajanja osnovnega življenjskega zavarovanja. V vsakem primeru se dodatno zavarovanje lahko nazadnje podaljša z začetkom tistega zavarovalnega leta, v katerem bo zavarovanec dopolnil 84. leto starosti.
2. Dodatnega zavarovanja ni mogoče podaljšati v skladu s 1. odstavkom tega člena v naslednjih primerih:
   - če preneha sodelovanje med zavarovalnico in družbo Best Doctors, ki nudi zdravstvene storitve povezane z zavarovalno polico oziroma družba Best Doctors bistveno spremeni pogoje sodelovanja. Zavarovalnica o tem pisno obvesti zavarovalca vsaj tri mesece pred iztekom zavarovalnega leta. V tem primeru dodatno zavarovanje preneha z iztekom tekočega zavarovalnega leta,
   - v primeru spremembe premijskega cenika. Zavarovalnica v tem primeru o spremembi premije zavarovalca pisno obvesti vsaj tri mesece pred vsakokratno pravico do podaljšanja dodatnega zavarovanja. Če se zavarovalec s predlogom spremembe ne strinja, dodatno zavarovanje preneha z iztekom tekočega zavarovalnega leta.
3. Pri kasnejši vključitvi dodatnega zavarovanja k osnovnemu življenjskemu zavarovanju je začetek dodatnega zavarovanja od 00.00 ure tistega dne, ki je na polici ali aneksu naveden kot začetek tega zavarovanja.
4. Začetek dodatnega zavarovanja je vedno samo prvega dne v mesecu.
5. Dodatno zavarovanje poteče oziroma preneha veljati:
   - ob 00.00 uri tistega dne, ki je na polici ali aneksu naveden kot potek osnovnega življenjskega zavarovanja ali
   - ob smrti zavarovanca ali
   - če zavarovanec postane poslovno nesposoben ali
   - ob koncu tistega zavarovalnega leta, v katerem je zavarovanec dopolnil 84. leto starosti ali
   - v primeru kapitalizacije osnovnega življenjskega zavarovanja ali
   - če osnovno življenjsko zavarovanje iz drugih razlogov preneha obstajati ali
   - z odpovedjo zavarovanja s strani zavarovalnice ali zavarovalca ali
   - s potekom dodatnega zavarovanja.
6. Dodatno zavarovanje lahko odpove tudi zavarovalnica pod pogoji in na način kot jih določa 13. člen teh pogojev.
7. Kritje zavarovalnice se prične po preteku karenčnega obdobja, vezano na datum pristopa k dodatnemu zavarovanju za vsakega posameznega zavarovanca in pod pogojem, da so do takrat plačane vse zapadle premije. Ta omejitev kritja velja le za koriščenje storitve FindBestCare (najboljša oskrba).
8. Dodatno zavarovanje miruje v obdobju mirovanja osnovnega življenjskega zavarovanja.
9. V primeru obnovitve osnovnega življenjskega zavarovanja za dodatno zavarovanje ne velja karenčna doba, če je obdobje karence že preteklo, zavarovalno kritje pa se nadaljuje brez prekinitve. V primeru obnovitve življenjskega zavarovanja znotraj 180 dnevnega karenčnega obdobja se štetje karenčnega obdobja nadaljuje s 1. v mesecu, v katerem je bila plačana premija za dodatno zavarovanje.
10. Zavarovalno kritje preneha s prenehanjem dodatnega zavarovanja.

4. člen SPOSOBNOST ZA DODATNO ZAVAROVANJE

1. Zavarovati je mogoče zdrave osebe od 31. dneva starosti do pristopne starosti 64 let. Nično je dodatno zavarovanje osebe, ki še ni stara 31 dni in osebe, ki ji je popolnoma odvzeta poslovna sposobnost.
2. Dodatno zavarovanje se po teh pogojih sklene z izpolnjevanjem zdravstvenega vprašalnika za vse zavarovane osebe. V primeru, kadar se na osnovi zdravstvenega vprašalnika ugotovi, da oseba ob sklenitvi dodatnega zavarovanja ni zdrava, tega zavarovanja za to osebo ni mogoče skleniti.
3. Če je posebej dogovorjeno in je obračunana dodatna premija, so zavarovanci tudi družinski člani zavarovalca ali zavarovanca osnovnega življenjskega zavarovanja.
4. Zavaruje se lahko oseba, ki ima stalno prebivališče v Republiki Sloveniji.

5. člen PREDMET DODATNEGA ZAVAROVANJA

1. Predmet dodatnega zavarovanja je nudenje kritja zavarovancu za storitve in zdravstvene stroške pri zdravljenju za krite bolezni in krite zdravstvene postopke, ko so izpolnjeni naslednji pogoji:
   1. postopek se izvede v obdobju zavarovalnega kritja;
   2. diagnoza zaradi katere je zavarovanec upravičen do kritega zdravstvenega postopka mora biti potrjena s strani storitve InterConsultation (drugo zdravniško mnenje);
   3. krita bolezen ali stanje ni bilo diagnosticirano in prav tako niso bili medicinsko dokumentirani nobeni simptomi v obdobju 10. let pred datumom začetka veljavnosti zavarovalne police ali aneksa oziroma pred datumom vključitve zadevnega zavarovanca v dodatno zavarovanje ali med obdobjem karence za zadevnega zavarovanca;
   4. zdravljenje je opredeljeno kot zdravstveno nujno;
   5. zdravstveni stroški so kriti do višine zavarovalne vsote, ki je določena na ponudbi, polici ali aneksu. Omejitve so navedene v teh pogojih;
   6. zdravljenje je urejeno s strani družbe Best Doctors v skladu s postopkom uveljavljanja zahtevkov, ki je opredeljen v 12. členu teh pogojev;
   7. zdravstveni stroški nastanejo zunaj Slovenije, z izjemo stroškov, ki so navedeni v 7. členu 6. odstavek;
   8. stroški za katerekoli medicinske diagnoze, zdravljenja, storitve, material ali recepte so kriti v skladu z zavarovalno polico ali aneksom, kot je navedeno v 7. členu teh pogojev.

6. člen KRITE BOLEZNI IN ZDRAVSTVENI POSTOPKI

1. Dodatno zavarovanje krije naslednje bolezni in zdravstvene postopke:
   1. **zdravljenje raka**: zdravljenje kateregakoli malignega tumorja, vključno z levkemijo, sarkomom in limfomom (razen kožni limfom), za katerega je značilna nenadzorovana rast in širitev malignih celic ter napad tkiv. Prav tako katerokoli zdravljenje predmalignega tumorja in »in-situ« raka, ki je omejen

na epitelij, kjer ima svoj izvor in ni napadel strome ali tkiv, ki obdajajo izvorno mesto.

2. **kirurška koronarna revaskularizacija (miokardna revaskularizacija)**: kirurški poseg, ki je opravljen po predlogu kardiologa zaradi zožitve ali neprehodnosti ene ali več koronarnih arterij, in sicer s pomočjo koronarnega by-pass transplantata.
3. **zamenjava ali popravilo srčnih zaklopk**: kirurški poseg, ki je opravljen po predlogu kardiologa, ki obsega zamenjavo ali popravilo ene ali več srčnih zaklopk.
4. **nevrokirurgija:** obsega katerekoli kirurške posege na možganih in/ali drugih znotraj lobanjskih strukturah tudi tam, kjer se nahajajo benigni tumorji na hrbtenjači.
5. **presaditev organa živega darovalca/ transplantacija tkiva**: obsega kirurško transplantacijo pri kateri zavarovanec prejme ledvico, del jeter, pljučni reženj, del trebušne slinavke ali kostni mozeg (avtologna ali alogenska presaditev) od živega kompatibilnega darovalca.

7. člen KRITI STROŠKI

1. Dodatno zavarovanje krije stroške opredeljene v tem členu do omejitev navedenih na polici ali aneksu oziroma na ponudbi, ki bodo nastali v povezavi s kritimi boleznimi in kritimi zdravstvenimi postopki navedenimi v 6. členu teh pogojev.
2. Dodatno zavarovanje krije **zdravstvene stroške**:
   1. v bolnišnici v zvezi z:
      - 1.1 nastanitvijo, prehrano in splošno nego, ki jo zavarovanec prejme med bivanjem v bolnišnični sobi, na oddelku ali odseku bolnišnice ali na oddelku za intenzivno nego ali oddelku za opazovanje;
      - 1.2 drugimi bolnišničnimi storitvami, vključno z ambulantnimi storitvami in stroške, ki so povezani s stroški dodatne postelje ali postelje za spremljevalca, če bolnišnica nudi to storitev;
      - 1.3 uporabo operacijske dvorane in vsemi storitvami, ki so povezane s tem.
   2. v dnevni kliniki ali v neodvisnem centru za zdravstveno varstvo, vendar le v primeru, če bi zavarovalna polica ali aneks kril zdravljenje, kirurški poseg ali recept kot če bi bilo zagotovljeno v bolnišnici.
   3. pri zdravniku v zvezi s pregledom, zdravljenjem, zdravstveno oskrbo ali kirurškim posegom.
   4. za obiske zdravnikov med hospitalizacijo.
   5. za naslednje zdravstvene in kirurške storitve, metode zdravljenja in recepte:
      - 5.1 za anestezijo in dajanje anestetikov, če storitev izvede usposobljeni anesteziolog;
      - 5.2 za laboratorijske analize in patološke preiskave, rentgensko slikanje v diagnostične namene, radioterapijo, radioaktivne izotope, kemoterapijo, elektrokardiograme, ehokardiografijo, mielograme, elektroencefalograme, angiograme, računalniško tomografijo in druge podobne preiskave in metode zdravljenja, zahtevane za diagnozo in zdravljenje krite bolezni ali za kriti zdravstveni postopek, če storitev izvede zdravnik ali če se izvede pod zdravstvenim nadzorom;
      - 5.3 za transfuzije krvi, dajanje plazme in seruma;
      - 5.4 stroške povezane z uporabo kisika, intravenskih raztopin in injekcij.
   6. za zdravila predpisana na recept, medtem ko je zavarovanec hospitaliziran zaradi zdravljenja krite bolezni ali izvedbe kritega zdravstvenega postopka. Zdravila predpisana za pooperativno zdravljenje so krita še 30 dni od datuma, ko je zavarovanec zaključil stopnjo zdravljenja, ki ga je bil deležen zunaj Slovenije in samo, ko so ta kupljena pred vrnitvijo v Slovenijo.
   7. za prevoz z reševalnim vozilom po tleh ali zraku, ko je le-ta naveden in predpisan s strani zdravnika ter je predhodno odobren s strani družbe Best Doctors.
   8. za storitve, ki jih prejme živi darovalec med postopkom odstranjevanja organa za transplantacijo zavarovancu, in nastanejo zaradi:
      - 8.1 postopka preiskave za iskanje morebitnih darovalcev;
      - 8.2 bolnišničnih storitev, ki jih prejme darovalec, vključno z bivanjem v bolnišnični sobi, na oddelku ali odseku bolnišnice, obroke, splošne storitve oskrbe, redno oskrbo s strani bolnišničnega osebja, laboratorijskimi preiskavami ter uporabo naprav in druge bolnišnične opreme (pri čemer so izključeni predmeti za osebno uporabo, ki se ne zahtevajo med postopkom odvzema organa ali tkiva za transplantacijo);
      - 8.3 kirurških in zdravstvenih storitev, povezanih z odvzemom darovalčevega organa ali tkiva za transplantacijo zavarovancu.
   9. za storitve in material za kulture kostnega mozga v povezavi s transplantacijo tkiv, ki je nudena zavarovancu. Povrnejo se le stroški, ki nastanejo od dneva prvotno zaračunanih kritij zdravstvenih stroškov dalje.
3. Dodatno zavarovanje krije **stroške za potovanje:**
   1. za potovanje v tujino za zavarovanca in enega spremljevalca (ter živečega darovalca v primeru transplantacije), izključno za namen zdravljenja, ki je bilo odobreno s strani družbe Best Doctors. Vse dogovore v zvezi s potovanjem izvede družba Best Doctors. Zavarovalnica ne bo plačala nobenih drugih stroškov, ki bi nastali zaradi dogovorov v zvezi s potovanjem izvedenih s strani zavarovanca ali katerekoli tretje osebe v imenu zavarovanca.
   2. Družba Best Doctors bo odgovorna za določitev datumov potovanja na osnovi odobrenega programa zdravljenja. Ti datumi bodo sporočeni zavarovancu v ustreznem in predvsem v času, ki mu omogoča, da uredi vse potrebne osebne zadeve.
   3. V primeru, da zavarovanec spremeni datum potovanja, ki mu je bil sporočen s strani družbe Best Doctors, bo zavarovanec moral zavarovalnici in/ali družbi Best Doctors poravnati vse stroške povezane z novimi dogovori v zvezi s potovanjem, razen če so bile spremembe potrjene s strani družbe Best Doctors, kot nujne z vidika medicinskega stališča.
   4. Kritje za potovanja bo vključevalo:
      - 4.1 prevoz zavarovanca in spremljevalca na potovanju (ter živečega darovalca v primeru transplantacije) z zavarovančevega stalnega bivališča do določenega letališča ali mednarodne železniške postaje, letalske ali železniške vozovnice za ekonomski razred do kraja zdravljenja in prevoz do določenega hotela.
      - 4.2 spremljanje zavarovanca od zavarovančevega stalnega bivališča do določenega letališča ali mednarodne železniške postaje in od prihoda na letališče ali mednarodno železniško postajo do določenega hotela s strani osebja, ki ga imenuje družba Best Doctors.
      - 4.3 spremljanje zavarovanca na prvi poti iz določenega hotela do bolnišnice ali do zdravnika, ki izvaja zdravljenje s strani osebja, ki ga imenuje družba Best Doctors. Osebje bo tudi v pomoč pri sprejemu zavarovanca ter pri urejanju dokumentacije in hospitalizacije.
   5. Pri tem ni omejitev glede števila zahtev v zvezi s potovanji, vendar mora biti vsako potovanje predhodno odobreno s strani družbe Best Doctors, kot relevantno v okviru pogojev in v skladu z zavarovalno polico.
4. Dodatno zavarovanje krije **stroške za nastanitve:**
   1. za nastanitev zavarovanca in enega spremljevalca (ter živečega darovalca v primeru transplantacije) med bivanjem v tujini, izključno za namen zdravljenja, ki je bilo odobreno s strani družbe Best Doctors. Vse dogovore v zvezi z nastanitvijo izvede družba Best Doctors. Zavarovalnica ne bo plačala nobenih drugih stroškov, ki bi nastali zaradi dogovorov v zvezi z nastanitvijo izvedenih s strani zavarovanca ali katerekoli tretje osebe v imenu zavarovanca.
   2. Družba Best Doctors bo odgovorna za določitev datumov rezervacije nastanitve na osnovi odobrenega programa zdravljenja. Ti datumi bodo sporočeni zavarovancu v ustreznem in predvsem v času, ki mu omogoča, da uredi vse potrebne osebne zadeve.
   3. Družba Best Doctors bo poskrbela za datum vrnitve na osnovi zaključka zdravljenja in na osnovi dogovora z zdravnikom, ki bo izvajal zdravljenje, ko bo zdravstveno stanje zavarovancu dovoljevalo potovati.
   4. V primeru, da zavarovanec spremeni datum potovanja, ki mu je bil rezerviran in sporočen s strani družbe Best Doctors, bo zavarovanec moral zavarovalnici in/ali družbi Best Doctors poravnati vse stroške povezane z novimi dogovori v zvezi z nastanitvijo, razen če so bile spremembe potrjene s strani družbe Best Doctors, kot nujne z vidika medicinskega stališča.
   5. Kritje za potovanja bo vključevalo:
      - 5.1 rezervacije za dvoposteljno sobo ali sobo z dvema posteljama v visoko kvalitetnem hotelu (3 ali 4 zvezdice), kar ustreza kriterijem, ki so v zavarovančevem interesu. Izbira hotela bo predmet razpoložljivosti in le-ta bo izbran v območju 10 km oddaljenosti od bolnišnice ali zdravnika, ki izvaja zdravljenje.
   6. Zajtrk, obroki in naključni stroški v hotelu niso kriti. Nadstandardne storitve v hotelu niso financirane s strani zavarovanja.
   7. Pri tem ni omejitev glede števila kritih nočitev. Le-to bo povezano s trajanjem zdravljenja.
5. Dodatno zavarovanje krije **stroške za vrnitev v domovino**:
   1. v primeru smrti zavarovanca (ali živečega darovalca v primeru transplantacije) izven države stalnega bivališča, ko ta nastopi med zdravljenjem, ki je krito po zavarovalni polici. Zavarovalnica bo plačala stroške vrnitve posmrtnih ostankov v Slovenijo. To kritje je omejeno samo na tiste storitve in materiale, ki so potrebni, da se pripravi pokojnikovo telo in da se ga pripelje v Slovenijo ter vključuje:
      - 1.1 storitve nudene s strani pogrebnega podjetja, ki poskrbi za mednarodne povezave glede vrnitve v domovino, vključno z balzamiranjem in urejanjem dokumentacije.
      - 1.2 osnovno krsto za prevoz posmrtnih ostankov.
      - 1.3 prevoz posmrtnih ostankov iz letališča do imenovanega kraja pokopa v Sloveniji.
6. Dodatno zavarovanje krije **stroške za zdravila:**
   1. za stroške zdravil, kupljenih v Sloveniji, ki so povezani z zdravljenjem krite bolezni ali z izvedbo kritega zdravstvenega postopka, odobrenega s strani družbe Best Doctors v predhodnem zdravstvenem potrdilu. Kritje v skladu z zavarovalno polico za to izplačilo je veljavno samo na osnovi sledečega:
      - 1.1 zdravilo je bilo svetovano preko družbe Best Doctors s strani mednarodnih zdravnikov, ki so zdravili zavarovanca, kot potrebno za izvajanje zdravljenja.

1.2 zdravilo je bilo dovoljeno in odobreno s strani ustreznega zdravstvenega organa ali agencije v Sloveniji. Predpisi in dokumentacija je zanj urejena.

1.3 za zdravilo se zahteva recept s strani zdravnika v Sloveniji.

1.4 nakup zdravila je možen v Slovenji.

1.5 količina predpisanega zdravila na recept zadošča porabi v obdobju dveh mesecev.

2. Izplačilo ne krije:

- kateregakoli dela stroška za zdravila, ki ga financira Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije v Sloveniji ali ga krije druga zavarovalna polica zavarovanca.
- stroškov povezanih z izdajo zdravila.
- nakupa zdravil izven Slovenije.
- računov, predloženih zavarovalnici po več kot enem letu od nakupa zdravila.

3. Nakup zdravil mora urediti in plačati neposredno zavarovanec. Zavarovalnica bo zavarovancu povrnila stroške na osnovi predloženega relevantnega recepta, originalnega računa in dokazila o plačilu. V primeru, ko je strošek zdravila deloma krit s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije ali druge zavarovalne police, mora zahteva za povračilo stroškov jasno ločiti med stroški, ki so bili izključno financirani s strani zavarovanca in tistimi, ki so bili delno financirani.

8. člen BOLNIŠNIČNI DAN V PRIMERU HOSPITALIZACIJE V TUJINI

V primeru hospitalizacije zavarovanca v tujini zaradi zdravljenja krite bolezni ali kritega zdravstvenega postopka, ki je predhodno odobren s strani družbe Best Doctors, je zavarovanec upravičen do bolnišničnega dne za vsako nočitev, vendar največ za 60 nočitev za vsak posamezni zahtevek.

9. člen IZKLJUČITVE ZAVAROVALNICE V PRIMERU STORITVE FINDBESTCARE (NAJBOLJŠA OSKRBA)

1. Zavarovalnica nima obveznosti v primeru spodaj navedenih **splošnih izključitev:**

   1. stroškov, ki nastanejo zaradi vseh bolezni ali zdravstvenih postopkov, ki niso posebej navedeni v 6. členu teh pogojev.
   2. vsakršnih stroškov za bolezni ali poškodbe, ki nastanejo kot posledica vojn, terorističnih dejanj, potresnih premikov, nemirov, izgredov, poplav, vulkanskih izbruhov, prav tako neposrednih ali posrednih posledic jedrske reakcije in drugih izrednih ali katastrofalnih pojavov, vključno z uradno razglašenimi epidemijami.
   3. vsakršnih stroškov, ki nastanejo kot posledica katerekoli nezgode zavarovanca tudi tiste, ki se zgodijo med opravljanjem njegovega poklica, prav tako tudi nezgode in bolezni, ki so povezane z delom in tiste, ki se pripetijo zaradi uporabe motornih vozil.
   4. stroškov, ki nastanejo zaradi vseh bolezni ali nezgod, do katerih pride pri profesionalnem izvajanju kateregakoli športa in pri udejstvovanju v različnih aktivnosti v zraku vendar ne v povezavi s potniškim prevozom, tudi pri podvodnih aktivnostih, boksu, borilnih veščinah, plezanju, igranju rugby-ja, jamarstvu, bikoborbah, dirkah z motorji, vključno s preizkusnimi vožnjami ter pri kateremkoli drugem visoko tveganem športu.
   5. vsakršnih stroškov zdravstvene oskrbe zaradi alkoholizma, odvisnosti od drog in/ali opojnih substanc zaradi zlorabe alkohola in/ali jemanja psihoaktivnih snovi, narkotikov ali halucinogenih drog. Prav tako so izključene tudi posledice in bolezni, ki nastanejo zaradi poskusa samomora ali samopoškodovanja.
   6. stroškov, ki nastanejo zaradi vseh bolezni ali stanj, povzročenih s strani zavarovanca namenoma ali z goljufijo ali zaradi dejanj iz malomarnosti ali kriminalne nepremišljenosti zavarovanca ali zaradi storitve kaznivega dejanja zavarovanca.

2. Zavarovalnica nima obveznosti v primeru spodaj navedenih **zdravstvenih izključitev:**

   1. predhodno obstoječih bolezni v obdobju desetih let pred datumom začetka veljavnosti zavarovalne police ali aneksa oziroma glede na datum pristopa družinskega člana v dodatno zavarovanje.
   2. eksperimentalnega zdravljenja, vključno z diagnostičnimi, terapevtskimi in/ali kirurškimi postopki, katerih varnost in zanesljivost še nista bili ustrezno znanstveno dokazani.
   3. medicinskih postopkov, ki so potrebni zaradi AIDS-a (sindrom pridobljene imunske pomanjkljivosti), okužbe z virusom HIV (virus človeške imunske pomanjkljivosti) ali kateregakoli stanja, ki nastane zaradi tega (vključno z boleznijo znano kot Kaposijev sarkom) ter kateregakoli zdravljenja zaradi AIDS-a ali okužbe z virusom HIV.
   4. katerihkoli storitev, ki z medicinskega vidika niso nujne za zdravljenje krite bolezni ali izvedbo kritega zdravstvenega postopka, kot je opisano v 6. členu teh pogojev.
   5. nastalih stroškov zaradi bolezni za katero je najprimernejši način zdravljenja s transplantacijo organa.
   6. katerekoli bolezni, ki jo povzroči transplantacija organa razen, če je zadevna bolezen razvrščena kot krita bolezen ali kriti zdravstveni postopek.
   7. katerekoli diagnosticirane bolezni ali v zvezi z vidnimi prvimi simptomi ugotovljenimi med obdobjem karence, kot je navedeno v 1. členu teh pogojev.

3. Zavarovalnica nima obveznosti v primeru spodaj navedenih **stroškov, ki so izključeni.** To so:

   1. vsakršni stroški, ki nastanejo v zvezi ali izhajajo iz katerekoli diagnoze, zdravljenja, storitve, materiala znotraj Slovenije.
   2. vsakršni stroški, ki nastanejo v zvezi s katerekoli diagnozo, zdravljenjem, storitvijo, materiala ali zdravniških receptov, po vsem svetu, kadar zavarovanec živi zunaj Slovenije več kot 91 zaporednih dni v času 12 mesecev pred vsakokratno zahtevo po drugem zdravniškem mnenju kot je navedeno v 12. členu teh pogojev.
   3. vsakršni stroški, ki nastanejo v zvezi s katerokoli diagnosticirano boleznijo ali s to boleznijo vidnimi prvimi medicinsko dokumentiranimi simptomi ugotovljenimi med obdobjem karence, kot je navedeno v 1. členu teh pogojev.
   4. vsakršni stroški, ki nastanejo pred izdajo predhodnega zdravstvenega potrdila.
   5. vsakršni stroški, ki nastanejo v bolnišnici, ki ni odobrena in navedena v predhodnem zdravstvenem potrdilu.
   6. vsakršni stroški, ki nastanejo brez upoštevanja postopka uveljavljanja zahtevkov iz 12. člena teh pogojev.
   7. vsakršni stroški, ki nastanejo v zvezi s storitvami pri hospitalizaciji v zvezi z domačo zdravstveno oskrbo ali v zvezi s storitvami nudenimi v rehabilitacijskem centru ali ustanovi, hospicu ali domu za starejše občane, tudi če so tovrstne storitve zahtevane ali potrebne za zdravljenje krite bolezni ali izvedbo kritega zdravstvenega postopka.
   8. vsakršni stroški, ki nastanejo pri nakupu (ali najemu) katerekoli vrste proteze ali ortopedskih pripomočkov, steznikov, povojev, bergel, umetnih okončin ali organov, lasulj (tudi, ko se uporaba le-teh smatra kot potrebna med kemoterapevtskim zdravljenjem), ortopedske obutve, kilnih pasov in druge podobne opreme ali pripomočkov, razen prsnih protez zaradi mastektomije in umetnih srčnih zaklopk.
   9. vsakršni stroški, ki nastanejo zaradi nakupa ali najema invalidskih vozičkov, posebnih postelj, klimatskih naprav, čistilnikov zraka in katerihkoli drugih podobnih predmetov ali opreme.
   10. vsi farmacevtski izdelki in zdravila, ki niso bili izdani s strani farmacevta z licenco ali so dosegljivi brez zdravniškega recepta.
   11. vsakršni stroški, ki nastanejo zaradi uporabe alternativne medicine, tudi ko je ta posebej predpisana s strani zdravnika.
   12. vsakršni stroški zdravstvene oskrbe ali hospitalizacije v primeru cerebralnega sindroma, senilnosti ali možganske okvare ne glede na njihovo stopnjo razvoja.
   13. stroški prevajalca, telefonski stroški in drugi stroški v zvezi z osebnimi predmeti ali predmeti, ki niso zdravstvene narave ali za katerakoli drugo storitev nudeno sorodnikom, spremljevalcem ali sopotnikom.
   14. vsakršni stroški, ki nastanejo s strani zavarovanca ali sorodnikov, spremljevalcev ali sopotnikov, razen tistih, ki so izrecno kriti.
   15. stroški, ki niso običajni, nestandardni in nesorazmerni stroški.
   16. vsakršni stroški v zvezi s prevozom iz navedenega hotela v bolnišnico ali k zdravniku, ki izvaja zdravljenje.

4. Zavarovalnica nima obveznosti v primeru spodaj navedenih izključenih **bolezni in zdravstvenih postopkov:**

   1. **V primeru zdravljenja raka**

      Katerikoli tumor ob prisotnosti sindroma pridobljene imunske pomanjkljivosti (AIDS).

      Kožni rak, razen malignih melanomov.

   2. **V primeru kirurške koronarne revaskularizacije (miokardne revaskularizacije**)

      Katerakoli koronarna bolezen zdravljena z uporabo tehnik, ki ni kirurška koronarna revaskularizacija, kot so vse oblike angioplastike.

      Travmatske poškodbe aorte.

   3. **V primeru zamenjave ali popravila srčnih zaklopk**

      Travmatske poškodbe srčnih zaklopk.

   4. **V primeru nevrokirurgije**

      Kraniotomija, ki je potrebna zaradi travmatske poškodbe.

   5. **V primeru presaditve organa živega darovalca transplantacije tkiv**

      Katerakoli transplantacija, če potreba po transplantaciji nastane zaradi bolezni jeter kot posledica uživanja alkohola.

      Katerakoli transplantacija, če je transplantacija izvedena z avtotransplantatom, razen transplantatov kostnega mozga.

      Katerakoli transplantacija, ko zavarovanec daruje organ tretji osebi.

      Transplantati mrtvega darovalca.

      Katerakoli transplantacija organa, ki zahteva zdravljenje z matičnimi celicami.

      Nakup organov darovalca.

10. člen DOGOVOR O PREMIJI IN ZAVAROVALNI VSOTI TER PLAČEVANJE PREMIJE

1. Zavarovalno vsoto in premijo sporazumno določita zavarovalec in zavarovalnica po podatkih v ponudbi, zlasti pa še po izbranem premijskem sistemu in zavarovančevi starosti.

2. Premija je določena po zavarovančevi trenutni starosti.
3. Premija za dodatno zavarovanje se plačuje mesečno.
4. Za plačevanje premije dodatnega zavarovanja in za posledice neplačila te premije veljajo določbe teh dopolnilnih pogojev, kakor tudi določbe pogojev za življenjsko zavarovanje.
5. Premija za dodatno zavarovanje se plačuje najdlje do konca tistega zavarovalnega leta, v katerem je zavarovanec dopolnil 84. leto starosti ali do poteka veljavnega življenjskega zavarovanja ali do smrti zavarovanca.
6. Pri obnovitvi osnovnega življenjskega zavarovanja ali kasnejši vključitvi tega dodatnega zavarovanja zavarovalnici ne pripada premija za dobo, ko to dodatno zavarovanje ni bilo v veljavi. Prav tako za ta čas zavarovalnica ne nosi kritja in prijave zahtevkov iz tega obdobja so nične.
7. Zavarovalec je dolžan poleg dogovorjene premije plačati tudi vse prispevke in davke, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec morebiti predpisal v času trajanja zavarovalne pogodbe.

11. člen OBVEZNOSTI ZAVAROVALCA IN ZAVAROVANCA TER POSLEDICE NJIHOVE NEIZPOLNITVE

1. Zavarovalec oziroma zavarovanec sta dolžna ob sklenitvi pogodbe prijaviti zavarovalnici vse okoliščine, ki so pomembne za ocenitev nevarnosti in so jima znane ali jima niso mogle ostati neznane. Za pomembne veljajo tiste okoliščine brez poznavanja katerih dodatnega zavarovanja ni mogoče skleniti oziroma so takšne, da bi zavarovalnica dodatno zavarovanje sklenila pod posebnimi pogoji oziroma da tega zavarovanja ne bi sklenila.
2. Če je zavarovalec oziroma zavarovanec namenoma dal netočno prijavo ali namenoma zamolčal kakšno okoliščino take narave, da zavarovalnica ne bi sklenila dodatnega zavarovanja, če bi vedela za resnično stanje, lahko zavarovalnica v času trajanja dodatnega zavarovanja zahteva razveljavitev tega zavarovanja brez odpovednega roka.
3. Če je dodatno zavarovanje razveljavljeno iz razlogov, navedenih v prejšnjem odstavku, obdrži zavarovalnica že plačane premije in ima pravico zahtevati plačilo premije za zavarovalno dobo, v kateri je zahtevala razveljavitev zavarovanja.
4. Če je zavarovalec oziroma zavarovanec kaj netočno prijavil ali je opustil dolžno obvestilo, pa tega ni storil namenoma, lahko zavarovalnica v času trajanja dodatnega zavarovanja v enem mesecu od dneva, ko je izvedela za netočnost ali nepopolnost prijave, razdre to zavarovanje. Dodatno zavarovanje preneha z iztekom meseca v katerem je zavarovalnica sporočila zavarovalcu, da razdira to zavarovanje.
5. Če dodatno zavarovanje preneha s smrtjo zavarovanca, je zavarovalnica upravičena do premije do konca meseca, v katerem je nastopila smrt.
6. Zavarovalec oziroma zavarovanec je dolžan takoj sporočiti zavarovalnici spremembo bivališča in ga v primeru opustitve le-tega bremenijo eventualni stroški, ki bi nastali zavarovalnici.
7. Zavarovalec oziroma zavarovanec je dolžan sproti obveščati zavarovalnico o vseh spremembah, ki so pomembne za izvajanje dodatnega zavarovanja.
8. Zavarovalnica bo pisna obvestila pošiljala zavarovalcu na naslov, ki ga je pisno sporočil. V primeru, da vročitev obvestila zavarovalcu ni bila možna (npr. zaradi odsotnosti, odklonitve sprejema in podobno) se šteje, da je zavarovalec priporočeno pošiljko prejel z dnem poskusa vročitve. Zavarovalec se izrecno strinja, da se bo v tem primeru to obvestilo štelo za prejeto z dnem, kot to določa Zakon o pravdnem postopku, zato bo veljalo, da je zavarovalec z njegovo vsebino seznanjen. Navedena domneva uspele vročitve ima na podlagi posebnega dogovora z zavarovalcem pravno veljavne učinke. V primeru opustitve tega dolžnega ravnanja bremenijo eventualni stroški, ki bi nastali zavarovalnici, zavarovalca.
9. Če se zavarovalec preseli izven Evropske unije, mora zavarovalnici sporočiti ime osebe v Sloveniji, ki je pooblaščena za sprejemanje izjav zavarovalnice.

12. člen POSTOPEK UVELJAVLJANJA ZAHTEVKOV

1. Zavarovanec ali katerakoli oseba, ki je pooblaščena, da zakonito nastopa v njegovem imenu mora ob diagnozi krite bolezni ali kritega zdravstvenega postopka, opredeljenega v 6. členu teh pogojev, ravnati v skladu s spodaj opisanim postopkom. Upoštevanje postopka uveljavljanja zahtevkov je predpogoj za prejem kateregakoli zdravljenja, storitve, materiala ali zdravniškega recepta v zvezi z boleznijo ali zdravstvenim postopkom, ki sta krita v skladu z zavarovalno polico.
2. **Obveščanje o zahtevkih**: zavarovanec ali katerakoli oseba, ki je pooblaščena, da zakonito nastopa v njegovem imenu, mora v najkrajšem možnem času obvestiti družbo Best Doctors o morebitnem zahtevku in od nje zahtevati storitev drugega zdravniškega mnenja, poznanega pod imenom InterConsultation (drugo zdravniško mnenje). Družbo Best Doctors lahko obvestite o morebitnem zahtevku s klicem na brezplačno telefonsko številko 080 19 20. Pogovor bo potekal v slovenskem jeziku. Osebje družbe Best Doctors bo zavarovancu sporočilo zahtevana potrebna navodila, da se zaključi postopek InterConsultation (drugo zdravniško mnenje), vključno o zavarovančevem podpisanem pooblastilu, ki družbi Best Doctors dovoljuje naročanje ustreznih diagnostičnih preiskav in zdravstvenih informacij. Namen storitve InterConsultation (drugo zdravniško mnenje) je potrditev diagnoze in kritja v skladu z zavarovalno polico.
3. **Ocena zahtevka in izbira mednarodne bolnišnice**: ko se zaključi postopek InterConsultation (drugo zdravniško mnenje), bo družba Best Doctors pripravila izčrpno pisno poročilo o ustreznosti diagnoze in pravici do zdravljenja s strani neodvisnega strokovnjaka na področju zdravstva. Če poročilo potrdi diagnozo krite bolezni ali kritega zdravstvenega postopka in če se zavarovanec odloči za zdravljenje izven Slovenije, mora zavarovanec o svoji odločitvi obvestiti družbo Best Doctors. Družba Best Doctors bo nato zavarovancu predložila seznam priporočenih bolnišnic v tujini. Zavarovanec mora nato v roku treh mesecev po prejetju poročila sporočiti družbi Best Doctors katero bolnišnico je izbral.
4. **Predhodno zdravstveno potrdilo**: ko pri družbi Best Doctors prejmejo zavarovančevo potrditev glede njegove izbire bolnišnice s seznama priporočenih bolnišnic za zdravljenje bo družba Best Doctors uredila potrebne logistične in zdravstvene zadeve za ustrezni sprejem zavarovanca v izbrano bolnišnico in izdala predhodno zdravstveno potrdilo, ki velja samo za navedeno bolnišnico. Predhodno zdravstveno potrdilo, povezano z zahtevkom, omogoča zavarovancu dostop do zdravljenja, storitev, materiala ali receptov v izbrani bolnišnici. Izključeni so kakršnikoli stroški, ki nastanejo v bolnišnici, ki ni navedena v predhodnem zdravstvenem potrdilu. Izključeni so kakršnikoli stroški, ki nastanejo pred izdajo predhodnega zdravstvenega potrdila. Predhodno zdravstveno potrdilo je veljavno tri mesece od datuma izdaje. V primeru, da zavarovanec v tem času ni pričel z zdravljenjem v odobreni bolnišnici, predhodno zdravstveno potrdilo ne bo več veljavno. Zahtevati se mora novo predhodno zdravstveno potrdilo.
5. **Plačilo:** vse dokler so pogoji predhodnega zdravstvenega potrdila izpolnjeni se po polici ali aneksu skladno z upravičenji prevzemajo stroški, ki nastanejo s strani zavarovanca, v skladu z omejitvami, izključitvami in pogoji podrobno navedenimi v teh pogojih.
6. Zavarovanec in njegovi sorodniki morajo dovoliti obiske zdravnikov družbe Best Doctors in/ali zavarovalnice ter vsakršne poizvedbe, ki so potrebne po mnenju zavarovalnice. V ta namen bodo zdravniki, ki so obiskali in zdravili zavarovanca, oproščeni obveznosti, do poklicne molčečnosti. V primeru, da se teh obiskov ne bo dovolilo, bo zavarovalnica to razumela kot izrecno odpoved izpolnitvi zahtevka v skladu s polico ali aneksom.

13. člen ODPOVED ZAVAROVALNE POGODBE

1. Zavarovalec lahko odpove dodatno zavarovanje pisno, najmanj tri mesece pred potekom tekočega zavarovalnega leta.
2. Dodatno zavarovanje lahko odpove tudi zavarovalnica, vendar le v primerih ter na način in pod pogoji, predpisanimi v Obligacijskem zakoniku.

14. člen PRITOŽBENI POSTOPEK IN REŠEVANJE SPOROV

1. Zoper pisno odločitev zavarovalnice je dovoljena pritožba na Pritožbeno komisijo zavarovalnice, ki pritožbe obravnava skladno s pravilnikom zavarovalnice, ki ureja pritožbeni postopek. Pritožba se lahko odda osebno, po (elektronski) pošti ali preko spletnega obrazca zavarovalnice, in sicer v roku 30 dni od prejema odločitve zavarovalnice.
2. V okviru internega pritožbenega postopka obravnava zavarovalnica tudi pritožbe, v katerih se zatrjuje kršitev poslovne morale.
3. Spore med zavarovalcem, zavarovancem oziroma oškodovancem na eni strani in zavarovalnico na drugi strani rešuje sodišče, pristojno po sedežu zavarovalnice.
4. Poleg omenjenih oblik je mogoče spore reševati tudi v okviru zakonsko predvidenih alternativnih oblik reševanja sporov, predvsem s posredovanjem izvajalca izvensodnega reševanja potrošniških sporov (Mediacijski center, ustanovljen pri Slovenskem zavarovalnem združenju), katerega pristojnost priznava zavarovalnica, v zvezi s čimer so vse informacije na voljo tudi na telefonski številki 080 19 20 ali na spletni strani zavarovalnice (www.zav-sava.si).
5. V primeru pritožbe zoper odločitev družbe Best Doctors kakor tudi za morebitne napačne postopke v zvezi z izvedbo zdravljenja kritih bolezni ali kritih zdravstvenih postopkov ali napak pri izdanem drugem zdravniškem mnenju je potrebno pritožbo v pisni obliki nasloviti na zavarovalnico, katera pa v postopek (pritožbeni ali sodni) vključi družbo Best Doctors Services S.L.U..

15. člen VARSTVO OSEBNIH PODATKOV

1. Zavarovalec oziroma zavarovanec, v skladu z veljavno zakonodajo s področja varovanja osebnih podatkov, dovoljuje, da zavarovalnica in njene kapitalsko ali pogodbeno povezane družbe za zavarovalno zastopanje oz. posredovanje ter ostale pogodbeno povezane družbe za izvajanje del dejavnosti zavarovanja, med njimi tudi družba Best Doctors Inc., njegove osebne podatke zbirajo, obdelujejo, shranjujejo in posredujejo v obsegu in za namene, kot jih določa zakon, ki ureja področje zavarovalništva.

   Prav tako izrecno dovoljuje, da zavarovalnica in družbe, navedene v prejšnjem odstavku, za namen opravljanja svoje dejavnosti zbirajo, obdelujejo, shranjujejo in posredujejo tudi vse njegove ostale osebne podatke, vključno z občutljivimi osebnimi podatki, ter dovoljuje vpogled pooblaščene osebe zavarovalnice - zdravnika cenzorja ter družbi Best Doctors Inc., v ustrezno medicinsko dokumentacijo.

   Tako zbrane osebne podatke, razen občutljivih osebnih podatkov, lahko zavarovalnica in njene kapitalsko ali pogodbeno povezane družbe za zavarovalno zastopanje oz. posredovanje uporabljajo tudi za namene neposrednega trženja ter obveščanja o novostih in ponudbah tudi z uporabo samodejnih klicnih in komunikacijskih sistemov za opravljanje klicev na naročnikovo telefonsko številko brez človekovega posredovanja (npr. klicni avtomati, SMS, MMS), telefaksov ali elektronske pošte.

   Hkrati zavarovalnico pooblašča, da sme za namene izvajanja zavarovanj posamezne podatke preverjati oz. pridobivati pri ustreznih ustanovah javnega in zasebnega sektorja, ki razpolagajo z njegovimi osebnimi podatki.

2. Zavarovalec oziroma zavarovanec ima, v skladu z veljavno zakonodajo s področja varovanja osebnih podatkov, pravico do vpogleda, prepisa, kopiranja, dopolnitve, popravka, blokiranja in izbrisa osebnih podatkov, ki se nanašajo nanj.
3. Zavarovalec oziroma zavarovanec lahko kadarkoli zahteva, da zavarovalnica začasno ali trajno preneha z uporabo njegovih osebnih podatkov za namen neposrednega trženja.
4. Zavarovalnica se obvezuje, da bo vse zbrane osebne podatke skrbno varovala, v skladu z veljavno zakonodajo s področja varovanja osebnih podatkov.

16. člen POSEBNA DOLOČILA

1. Storitev InterConsultation (drugo zdravniško mnenje):
   1. Kljub določilom 1. člena 4. odstavka 10. točke so izključene naslednje bolezni/stanja:
      a) psihiatrična stanja;
      b) zobozdravstvene težave;
      c) zavarovanci, ki so trenutno sprejeti v bolnišnico;
      d) vsa stanja, ki niso bila prvič pregledana in poročana naprej s strani lokalnega specialista, ki izvaja zdravljenje.
   2. Storitev InterConsultation (drugo zdravniško mnenje) ne krije stroškov zdravljenja, dodatne diagnostike ali osebnih posvetovanj.
   3. Družba Best Doctors bo potrdila ali bolezen/stanje, lahko upravičeno upošteva pri storitvi InterConsultation (drugo zdravniško mnenje) potem, ko bodo izvedli prvo ocenjevanje medicinskega primera.
2. Storitev FindBestCare (najboljša oskrba):
   1. Po končani storitvi InterConsultation (drugo zdravniško mnenje) se lahko v primeru, da se zdravstveno poročilo ne nanaša na krite bolezni ali zdravstvene postopke, zaprosi družbo Best Doctors za organizacijo zdravljenja v tujini preko storitve FindBestCare, kot razširjen obseg upravičenj.
   2. Ta storitev kot razširjen obseg upravičenj, ne krije nobenih stroškov zdravljenja. Vse stroške povezane z zdravljenjem mora plačati zavarovanec.

17. člen ZAKLJUČNA DOLOČBA

1. Za razmerja iz zavarovalne pogodbe se uporablja pravo Republike Slovenije.
2. Dopolnilni pogoji za zdravstveno zavarovanje Best Doctors veljajo poleg splošnih pogojev za življenjsko zavarovanje in morebitnih dopolnilnih pogojev za življenjsko zavarovanje ter morebitnih splošnih in dopolnilnih pogojev za ostala dodatna zavarovanja. Če se njihova vsebina razlikuje od pogojev navedenih v prejšnjem stavku, veljajo ti dopolnilni pogoji.
3. Odgovornost za zakonito, ustrezno in strokovno ravnanje pri izvajanju storitev tega dodatnega zavarovanja prevzema družba Best Doctors.
4. V primeru spora je za reševanje sporov dogovorjena krajevna pristojnost stvarno pristojnega sodišča v Mariboru.
5. Za odnose med zavarovalnico, zavarovancem, zavarovalcem, upravičenci in ostalimi osebami, ki niso urejeni s temi pogoji, se upoštevajo določbe Obligacijskega zakonika in drugih pravnih predpisov Republike Slovenije.
6. Poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice bo, v skladu z zakonskimi zahtevami glede časa in obveznosti objave, dostopno na spletni strani zavarovalnice (www.zav-sava.si).

NIKOLI SAMI V BOLEZNI

SAVA ZAVAROVALNICA

ZZ-BD-01/16

Splošni pogoji za zdravstveno zavarovanje Best Doctors
veljajo od 2. 11. 2016

1. člen SPLOŠNE DOLOČBE

1. Splošni pogoji za zdravstveno zavarovanje Best Doctors (v nadaljnjem besedilu: pogoji) so sestavni del zavarovalne pogodbe ki je sklenjena med zavarovalcem in Zavarovalnico Sava, d.d. (v nadaljnjem besedilu: zavarovalnica).
2. V okviru zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: zavarovanje) se je mogoče zavarovati za primer koriščenja storitve InterConsultation (drugo zdravniško mnenje) in storitve FindBestCare (najboljša oskrba) - (celostno nudenje načrtovanega zdravljenja v tujini, vključujoč pomoč pri organizaciji potovanja in nastanitve, pri izvajanju postopka glede sprejetja v bolnišnico in pri zdravstvenih napotitvah, spremljanje zdravljenja v tujini in ob povratku komuniciranje z zdravniki, ki izvajajo zdravljenje). Zavarovanje krije drugo zdravniško mnenje, stroške zdravljenja kritih bolezni in zdravstvenih postopkov po vsem svetu, razen v Sloveniji do višine dogovorjenih zavarovalnih vsot.
3. Uporabljeni izrazi, zapisani v slovnični obliki moškega spola, so uporabljeni kot nevtralni in veljajo enakovredno za oba spola in pomenijo:
   1. **alternativna medicina** - zdravstveni sistemi in sistemi zdravstvenega varstva, prakse in izdelki, ki se ne upoštevajo kot del uradne medicine ali standardnih zdravljenj, ki vključujejo tudi, vendar niso omejeni na: akupunkturo, aromaterapijo, kiropraktiko, homeopatsko medicino, naturopatsko medicino in osteopatsko medicino;
   2. **bolezen** - vse nenaključne spremembe zdravstvenega stanja osebe, ki jih diagnosticira in potrdi zdravnik z uradno licenco za izvajanje takšne dejavnosti. Bolezen vključuje vse poškodbe in posledice nastale zaradi iste nezgode ter vse bolezni, ki izvirajo iz istega ali sorodnega vzroka. Če bolezen izvira iz istega vzroka kot pretekla bolezen ali iz z njo povezanih vzrokov (vključno s posledicami ali zapleti, ki izhajajo iz pretekle bolezni), se bolezen šteje za nadaljevanje pretekle in ne za novo bolezen;
   3. **bolnišnica** - zasebna ali javna organizacija, zakonito pooblaščena, da nudi medicinsko zdravljenje za bolezni ali telesne poškodbe in je opremljena z materialnimi/tehnološkimi sredstvi in z ustreznim osebjem, ki izvaja diagnostične postopke in kirurške posege in kjer so prisotni zdravniki in zdravstveno osebje 24 ur na dan;
   4. **cerebralni sindrom** - prisotnost cerebralne motnje ali poškodbe možganov, ki se kaže v delni ali popolni oslabitvi delovanja možganov;
   5. **datum** začetka zavarovanja - datum začetka zavarovanja je naveden na polici;
   6. **družba Best Doctors** - Best Doctors Services S.L.U. je del družbe Best Doctors Inc. in je storitveno podjetje, ki nudi naslednje zdravstvene storitve povezane z zavarovalno polico: InterConsultationTM (drugo zdravniško mnenje) in FindBestCare® (najboljša oskrba).
   7. **eksperimentalno zdravljenje** - zdravljenje, postopek, potek zdravljenja, oprema, zdravstveni ali farmacevtski izdelek, namenjen medicinski ali kirurški uporabi, ki ni sprejeto kot varno, učinkovito in ustrezno za zdravljenje bolezni ali poškodbe s strani različnih znanstvenih organizacij, prepoznanih s strani mednarodne zdravstvene skupnosti oziroma je predmet študije, raziskave, testiranja ali je na katerikoli stopnji kliničnega eksperimentiranja;
   8. **hospitalizacija (nočitev)** - bivanje, ki traja preko noči v bolnišnici ali kliniki in obsega bivanje v času dveh zaporednih datumskih dni;
   9. **InterConsultation (drugo zdravniško mnenje)** -strukturiran postopek pridobitve drugega zdravniškega mnenja, ki je osnovan na temeljitem pregledu zdravstvenih podatkov in diagnostičnega materiala zavarovanca. Drugo zdravniško mnenje podajo priznani zdravstveni strokovnjaki, vodilni na svojem področju. To storitev omogoča družba Best Doctors. Zavarovancu omogoča pridobitev mnenja drugega zdravnika o že postavljeni diagnozi in o že predpisanem načinu zdravljenja bolezni ali poškodbe vključno z boleznimi, ki vplivajo na sposobnosti izvajanja aktivnosti vsakodnevnega življenja ob upoštevanju določil 17. člena teh pogojev. To storitev lahko zavarovanec uveljavlja po sklenitvi zavarovanja pod pogojem, da so do dneva uveljavljanja te storitve plačane vse zapadle premije. Zavarovanec je dolžan premijo plačevati tudi v obdobju reševanja zahtevka;
   10. **izključitev** - to je določena situacija ali stanje, ki ga zavarovalna polica ne krije in ki ga zavarovalnica v primeru zahtevka ni dolžna plačati;
   11. **karenca** - obdobje 180 dni od datuma začetka zavarovanja. Zavarovalec je za to obdobje dolžan plačevati premijo. V primeru, da je bila v tem obdobju zavarovancu diagnosticirana katerakoli bolezen ali so v tem času nastali prvi medicinsko dokumentirani simptomi bolezni, ni zavarovalnega kritja kljub veljavnosti police. Karenca velja le za koriščenje storitve FindBestCare (najboljša oskrba);
   12. **neinvaziven ali »in-situ« rak** - maligni tumor, ki je omejen na epitelij, kjer ima svoj izvor in se ni razširil na stromo ali tkiva, ki obdajajo izvorno mesto. To je predinvazivni maligni tumor, diagnosticiran v začetni fazi, z ugodno prognozo v primeru popolne odstranitve;
   13. **nezgoda** - kakršenkoli silovit, nenaden in nenameren dogodek, ki nastane izključno zaradi zunanjega vzroka, in ki ima za posledico poškodbo zavarovanca;
   14. **operacija** - vse operacije z diagnostičnim ali terapevtskim namenom, izvedene z rezom ali drugačnim posegom v notranjost telesa s strani kirurga v bolnišnici in ki običajno zahtevajo uporabo operacijske dvorane;
   15. **polica** - dokument v katerem so navedene podrobnosti o zavarovancu in zavarovalcu na katere se nanaša zavarovalna polica. Prav tako določa zavarovalno vsoto, premijo, datum začetka veljavnosti in okoliščine prenehanja;
   16. **ponudba** - obrazec, ki ga mora izpolniti zavarovanec in/ali zavarovalec, da lahko zaprosi za zavarovalno polico;
   17. **poškodba** - škoda, prizadejana telesu zavarovanca;
   18. **predhodne obstoječe bolezni** - katerekoli bolezni, kakor tudi njihove posledice, ki so bile diagnosticirane, zdravljene ali ugotovljene pri zavarovancu v obdobju desetih let pred datumom začetka veljavnosti zavarovalne police;
   19. **predhodno zdravstveno potrdilo** - pisna odobritev družbe Best Doctors, ki vključuje potrditev kritja v skladu z zavarovalno polico pred izvedbo storitev v navedeni bolnišnici, zunaj države v kateri je stalno prebivališče zavarovanca, in sicer za katerokoli zdravljenje, storitev, material ali recepte, ki so povezani z zahtevkom po polici;
   20. **premija** - cena zavarovanja, ki jo je treba plačati zavarovalnici. Frekvenca plačila je določena na ponudbi oziroma polici;
   21. **pristopna starost** - razlika med letnico začetka zavarovanja in letnico rojstva;
   22. **proteza** - naprava oziroma pripomoček, ki nadomešča ves organ ali del organa, oziroma nadomešča vse funkcije ali del funkcij pri nedelujočem ali okvarjenem delu telesa;
   23. **svetovalec kardiolog** - zdravnik, ki je specializiran za bolezni srca in kardiovaskularnega sistema;
   24. **teroristično dejanje** - dejanje, ki med drugim vključuje uporabo sile ali nasilja in/ali grožnje iz le-tega s strani katerekoli osebe ali skupine oseb, ki delujejo samostojno ali v imenu ali v povezavi s katerekoli organizacijo ali vlado, storjeno zaradi političnega, religioznega, ideološkega ali podobnega namena, ki vključuje namero ustrahovanja in vplivanja na katerokoli vlado in/ali namero ustrahovanja javnosti ali dela javnosti ali uporabo biološkega, kemičnega, radioaktivnega ali jedrskega sredstva, materiala, naprav ali orožja;
   25. **upravičenja** - obseg ali raven storitev in kritja, do katerega je zavarovanec upravičen v skladu z zavarovalno polico;
   26. **zahtevek** - dogodek, katerega posledice krije polica v celoti ali delno. Posledice, ki izhajajo iz istega vzroka, se štejejo kot en sam zahtevek;
   27. **zavarovalec** - fizična ali pravna oseba, ki zaprosi in sprejme zavarovalno polico in jo pravno zavezujejo obveznosti zavarovalne police, z izjemo obveznosti, ki zaradi svoje narave vplivajo na zavarovanca;
   28. **zavarovalna vsota** - najvišji znesek za plačilo do katerega jamči zavarovalnica v primeru koriščenja storitev opredeljenih v teh pogojih;
   29. **zavarovalnica** - pravna oseba, ki prevzema tveganje skladno s pogoji zavarovanja;
   30. **zavarovalno leto/zavarovalna doba** - je obdobje enega leta, ki prične z dnevom in mesecem začetka zavarovanja;
   31. **zavarovanec** - oseba, navedena na polici, za katero je bila zavarovalna polica izdana in je deležna pravic iz te pogodbe;
   32. **zdravila** - katerakoli substanca ali kombinacija substanc, ki je lahko uporabljena ali predpisana zavarovancu z namenom obnovitve, poprave ali spreminjanja fiziološkega delovanja ob izvajanju farmakološkega, imunološkega ali metaboličnega ukrepanja, ali z namenom izvajanja zdravstvene diagnoze, pridobljene samo z zdravniškim receptom s strani zdravnika in izdana s strani farmacevta z licenco. Recept za zdravilo blagovne znamke je veljaven za generično zdravilo z istimi aktivnimi sestavinami, močjo in obliko odmerka, kot jih ima varianta blagovne znamke;
   33. **zdravnik** - strokovnjak, ki ima uradno licenco za izvajanje zdravstvenih storitev;
   34. **zdravstveni vprašalnik** - obrazec, izpolnjen in podpisan s strani zavarovanca pred dokončnim sprejemom v zavarovanje in je osnova za analizo tveganja, ki ga opravi zavarovalnica. V primeru mladoletnih oseb mora biti obrazec izpolnjen in podpisan s strani zavarovalca oziroma zakonitega zastopnika zavarovanca;
   35. **zdravstveno nujni** - storitve zdravstvene oskrbe in materiali, ki so:
   - nujni za zadovoljitev osnovnih zdravstvenih potreb zavarovanca;

- opravljeni na zdravstveno najprimernejši način v okolju, primernem za opravljanje zdravstvenih storitev, ob upoštevanju stroškov in kakovosti oskrbe;
- namenjeni enaki vrsti pogostosti in trajanju zdravljenja skladno z znanstvenimi smernicami zdravstvenih ali raziskovalnih organizacij ali državnih agencij, ki jih je potrdila zavarovalnica;
- skladni z diagnozo stanja ali bolezni;
- potrebni iz razlogov, ki ne izvirajo iz osebnih želja zavarovanca ali njegovega zdravnika, in
- ki skozi prevladujočo predhodno pregledano zdravstveno literaturo veljajo za:
  - varne in učinkovite pri zdravljenju ali postavljanju diagnoze stanja ali bolezni skladno z namenom uporabe,
  - varne v smislu učinkovitosti pri zdravljenju življenjsko ogroženega stanja ali bolezni pri nadzorovani klinični raziskavi.

2. člen SKLENITEV ZAVAROVALNE POGODBE

1. Zavarovalna pogodba se lahko sklene na podlagi pisne ponudbe ali v elektronski obliki.
2. Če se zavarovalnica s ponudbo ne strinja, mora v osmih dneh po njenem prejemu o tem pisno obvestiti ponudnika.
3. Če zavarovalnica ni odklonila ponudbe, ki ne odstopa od pogojev, po katerih sklepa zavarovanje, se šteje, da je zavarovanje sklenjeno, ko je zavarovalnica prejela ponudbo.
4. Če se polica bistveno razlikuje od pisne ponudbe in drugih pisnih izjav zavarovalca, lahko zavarovalec takim razlikam pisno ugovarja v enem mesecu po prejemu police. Če tega ne stori velja vsebina police.
5. Šteje se, da je ponudnik odstopil od zavarovanja, če na posebne pogoje ni pristal v osmih dneh po prejemu priporočenega obvestila zavarovalnice.
6. Zavarovanje in vsi dodatki te pogodbe so veljavni le, če so sklenjeni v pisni obliki.
7. Vse prijave in izjave, ki jih zavarovalnica ali zavarovanec predložita drug drugemu, veljajo od trenutka prejema le-teh. Vsi dogovori veljajo samo, če so sklenjeni pisno. Če se pošiljajo po pošti, se kot dan prejema šteje dan, ko je zavarovalnica prejela priporočeno pismo.
8. Če zavarovalec in zavarovanec nista ena in ista oseba, je za veljavnost pogodbe potreben tudi podpis zavarovanca na ponudbi.
9. Upravičenec za koriščenje storitev zavarovanja je zavarovanec.
10. Zavarovalnica lahko pri pogodbah sklenjenih na daljavo določi, da je zavarovanje sklenjeno s samim plačilom premije.

3. člen TRAJANJE ZAVAROVANJA IN KRITJE

1. Zavarovanje se prične, če ni drugače dogovorjeno, ob 00.00 uri tistega dne, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja. Zavarovanje velja za obdobje enega leta, če ni drugače dogovorjeno.

   Zavarovalec ima pravico do vsakokratnega podaljšanja zavarovanja za eno leto pod enakimi pogoji, pri čemer se podaljšanje izvede molče, razen v primerih iz 2. odstavka tega člena ter 14. člena teh pogojev. V vsakem primeru se zavarovanje lahko nazadnje podaljša z začetkom tistega zavarovalnega leta, v katerem bo zavarovanec dopolnil 84. leto starosti.
2. Zavarovanja ni mogoče podaljšati v skladu s 1. odstavkom tega člena v naslednjih primerih:
   - če preneha sodelovanje med zavarovalnico in družbo Best Doctors, ki nudi zdravstvene storitve povezane z zavarovalno polico oziroma družba Best Doctors bistveno spremeni pogoje sodelovanja. Zavarovalnica o tem pisno obvesti zavarovalca vsaj tri mesece pred iztekom zavarovalnega leta. V tem primeru zavarovanje preneha z iztekom tekočega zavarovalnega leta,
   - v primeru spremembe premijskega cenika. Zavarovalnica v tem primeru o spremembi premije zavarovalca pisno obvesti vsaj tri mesece pred vsakokratno pravico do podaljšanja zavarovanja. Če se zavarovalec s predlogom spremembe ne strinja, zavarovanje preneha z iztekom tekočega zavarovalnega leta.
3. Začetek zavarovanja je vedno samo prvega dne v mesecu.
4. Zavarovanje preneha:
   - tistega dne, ko zavarovanec umre ali
   - tistega dne, ko zavarovanec postane poslovno nesposoben ali
   - ob koncu tistega zavarovalnega leta, v katerem je zavarovanec dopolnil 84. leto starosti ali
   - z odpovedjo pogodbe s strani zavarovalnice ali zavarovalca ali
   - s potekom zavarovanja.
5. Zavarovanje lahko odpove tudi zavarovalnica pod pogoji in na način kot jih določa 14. člen teh pogojev.
6. Kritje zavarovalnice se prične po preteku karenčnega obdobja, vezano na datum začetka zavarovanja in pod pogojem, da so do takrat plačane vse zapadle premije. Ta omejitev kritja velja le za koriščenje storitve FindBestCare (najboljša oskrba).

4. člen SPOSOBNOST ZA ZAVAROVANJE

1. Zavarovati je mogoče zdrave osebe od 31. dneva starosti do pristopne starosti 64 let. Nično je zavarovanje osebe, ki še ni stara 31 dni in osebe, ki ji je popolnoma odvzeta poslovna sposobnost.
2. Zavarovanje se po teh pogojih sklene z izpolnjevanjem zdravstvenega vprašalnika za vse zavarovane osebe. V primeru, kadar se na osnovi zdravstvenega vprašalnika ugotovi, da oseba ob sklenitvi zavarovanja ni zdrava, zavarovanja za to osebo ni mogoče skleniti.
3. Zavaruje se lahko oseba, ki ima stalno prebivališče v Republiki Sloveniji.

5. člen PREDMET ZAVAROVANJA

1. Predmet zavarovanja je nudenje kritja zavarovancu za storitve in zdravstvene stroške pri zdravljenju za krite bolezni in krite zdravstvene postopke, ko so izpolnjeni naslednji pogoji:
   1. postopek se izvede v obdobju zavarovalnega kritja;
   2. diagnoza zaradi katere je zavarovanec upravičen do kritega zdravstvenega postopka mora biti potrjena s strani storitve InterConsultation (drugo zdravniško mnenje);
   3. krita bolezen ali stanje ni bilo diagnosticirano in prav tako niso bili medicinsko dokumentirani nobeni simptomi v obdobju 10. let pred datumom začetka veljavnosti zavarovalne police ali med obdobjem karence za zadevnega zavarovanca;
   4. zdravljenje je opredeljeno kot zdravstveno nujno;
   5. zdravstveni stroški so kriti do višine zavarovalne vsote, ki je določena na polici. Omejitve so navedene v teh pogojih;
   6. zdravljenje je urejeno s strani družbe Best Doctors v skladu s postopkom uveljavljanja zahtevkov, ki je opredeljen v 13. členu teh pogojev;
   7. zdravstveni stroški nastanejo zunaj Slovenije, z izjemo stroškov, ki so navedeni v 7. členu 6. odstavek;
   8. stroški za katerekoli medicinske diagnoze, zdravljenja, storitve, material ali recepte so kriti v skladu z zavarovalno polico, kot je navedeno v 7. členu teh pogojev.

6. člen KRITE BOLEZNI IN ZDRAVSTVENI POSTOPKI

1. Zavarovanje krije naslednje bolezni in zdravstvene postopke:
   1. **zdravljenje raka**: zdravljenje kateregakoli malignega tumorja, vključno z levkemijo, sarkomom in limfomom (razen kožni limfom), za katerega je značilna nenadzorovana rast in širitev malignih celic ter napad tkiv. Prav tako katerokoli zdravljenje predmalignega tumorja in »in-situ« raka, ki je omejen na epitelij, kjer ima svoj izvor in ni napadel strome ali tkiv, ki obdajajo izvorno mesto.
   2. **kirurška koronarna revaskularizacija (miokardna revaskularizacija)**: kirurški poseg, ki je opravljen po predlogu kardiologa zaradi zožitve ali neprehodnosti ene ali več koronarnih arterij, in sicer s pomočjo koronarnega by-pass transplantata.
   3. **zamenjava ali popravilo srčnih zaklopk**: kirurški poseg, ki je opravljen po predlogu kardiologa, ki obsega zamenjavo ali popravilo ene ali več srčnih zaklopk.
   4. **nevrokirurgija:** obsega katerekoli kirurške posege na možganih in/ali drugih znotraj lobanjskih strukturah tudi tam, kjer se nahajajo benigni tumorji na hrbtenjači.
   5. **presaditev organa živega darovalca/ transplantacija tkiva**: obsega kirurško transplantacijo pri kateri zavarovanec prejme ledvico, del jeter, pljučni reženj, del trebušne slinavke ali kostni mozeg (avtologna ali alogenska presaditev) od živega kompatibilnega darovalca.

7. člen KRITI STROŠKI

1. Zavarovanje krije stroške opredeljene v tem členu do omejitev navedenih na polici, ki bodo nastali v povezavi s kritimi boleznimi in kritimi zdravstvenimi postopki navedenimi v 6. členu teh pogojev.
2. Zavarovanje krije **zdravstvene stroške**:
   1. v bolnišnici v zvezi z:
      - 1.1 nastanitvijo, prehrano in splošno nego, ki jo zavarovanec prejme med bivanjem v bolnišnični sobi, na oddelku ali odseku bolnišnice ali na oddelku za intenzivno nego ali oddelku za opazovanje;
      - 1.2 drugimi bolnišničnimi storitvami, vključno z ambulantnimi storitvami in stroške, ki so povezani s stroški dodatne postelje ali postelje za spremljevalca, če bolnišnica nudi to storitev;
      - 1.3 uporabo operacijske dvorane in vsemi storitvami, ki so povezane s tem.
   2. v dnevni kliniki ali v neodvisnem centru za zdravstveno varstvo, vendar le v primeru, če bi zavarovalna polica krila zdravljenje, kirurški poseg ali recept kot če bi bilo zagotovljeno v bolnišnici.
   3. pri zdravniku v zvezi s pregledom, zdravljenjem, zdravstveno oskrbo ali kirurškim posegom.
   4. za obiske zdravnikov med hospitalizacijo.
   5. za naslednje zdravstvene in kirurške storitve, metode zdravljenja in recepte:
      - 5.1 za anestezijo in dajanje anestetikov, če storitev izvede usposobljeni anesteziolog;
      - 5.2 za laboratorijske analize in patološke preiskave, rentgensko slikanje v diagnostične namene, radioterapijo, radioaktivne izotope, kemoterapijo, elektrokardiograme, ehokardiografijo, mielograme, elektroencefalograme, angiograme, računalniško tomografijo in druge podobne preiskave in metode zdravljenja, zahtevane za diagnozo in zdravljenje krite bolezni ali za kriti

zdravstveni postopek, če storitev izvede zdravnik ali če se izvede pod zdravstvenim nadzorom;

5.3 za transfuzije krvi, dajanje plazme in seruma;

5.4 stroške povezane z uporabo kisika, intravenskih raztopin in injekcij.

6. za zdravila predpisana na recept, medtem ko je zavarovanec hospitaliziran zaradi zdravljenja krite bolezni ali izvedbe kritega zdravstvenega postopka. Zdravila predpisana za pooperativno zdravljenje so krita še 30 dni od datuma, ko je zavarovanec zaključil stopnjo zdravljenja, ki ga je bil deležen zunaj Slovenije in samo, ko so ta kupljena pred vrnitvijo v Slovenijo.

7. za prevoz z reševalnim vozilom po tleh ali zraku, ko je le-ta naveden in predpisan s strani zdravnika ter je predhodno odobren s strani družbe Best Doctors.

8. za storitve, ki jih prejme živi darovalec med postopkom odstranjevanja organa za transplantacijo zavarovancu, in nastanejo zaradi:

8.1 postopka preiskave za iskanje morebitnih darovalcev;

8.2 bolnišničnih storitev, ki jih prejme darovalec, vključno z bivanjem v bolnišnični sobi, na oddelku ali odseku bolnišnice, obroke, splošne storitve oskrbe, redno oskrbo s strani bolnišničnega osebja, laboratorijskimi preiskavami ter uporabo naprav in druge bolnišnične opreme (pri čemer so izključeni predmeti za osebno uporabo, ki se ne zahtevajo med postopkom odvzema organa ali tkiva za transplantacijo);

8.3 kirurških in zdravstvenih storitev, povezanih z odvzemom darovalčevega organa ali tkiva za transplantacijo zavarovancu.

9. za storitve in material za kulture kostnega mozga v povezavi s transplantacijo tkiv, ki je nudena zavarovancu. Povrnejo se le stroški, ki nastanejo od dneva prvotno zaračunanih kritij zdravstvenih stroškov dalje.

3. Zavarovanje krije **stroške za potovanje:**

1. za potovanje v tujino za zavarovanca in enega spremljevalca (ter živečega darovalca v primeru transplantacije), izključno za namen zdravljenja, ki je bilo odobreno s strani družbe Best Doctors. Vse dogovore v zvezi s potovanjem izvede družba Best Doctors. Zavarovalnica ne bo plačala nobenih drugih stroškov, ki bi nastali zaradi dogovorov v zvezi s potovanjem izvedenih s strani zavarovanca ali katerekoli tretje osebe v imenu zavarovanca.

2. Družba Best Doctors bo odgovorna za določitev datumov potovanja na osnovi odobrenega programa zdravljenja. Ti datumi bodo sporočeni zavarovancu v ustreznem in predvsem v času, ki mu omogoča, da uredi vse potrebne osebne zadeve.

3. V primeru, da zavarovanec spremeni datum potovanja, ki mu je bil sporočen s strani družbe Best Doctors, bo zavarovanec moral zavarovalnici in/ali družbi Best Doctors poravnati vse stroške povezane z novimi dogovori v zvezi s potovanjem, razen če so bile spremembe potrjene s strani družbe Best Doctors, kot nujne z vidika medicinskega stališča.

4. Kritje za potovanja bo vključevalo:

4.1 prevoz zavarovanca in spremljevalca na potovanju (ter živečega darovalca v primeru transplantacije) z zavarovančevega stalnega bivališča do določenega letališča ali mednarodne železniške postaje, letalske ali železniške vozovnice za ekonomski razred do kraja zdravljenja in prevoz do določenega hotela.

4.2 spremljanje zavarovanca od zavarovančevega stalnega bivališča do določenega letališča ali mednarodne železniške postaje in od prihoda na letališče ali mednarodno železniško postajo do določenega hotela s strani osebja, ki ga imenuje družba Best Doctors.

4.3 spremljanje zavarovanca na prvi poti iz določenega hotela do bolnišnice ali do zdravnika, ki izvaja zdravljenje s strani osebja, ki ga imenuje družba Best Doctors. Osebje bo tudi v pomoč pri sprejemu zavarovanca ter pri urejanju dokumentacije in hospitalizacije.

5. Pri tem ni omejitev glede števila zahtev v zvezi s potovanji, vendar mora biti vsako potovanje predhodno odobreno s strani družbe Best Doctors, kot relevantno v okviru pogojev in v skladu z zavarovalno polico.

4. Zavarovanje krije **stroške za nastanitve**:

1. za nastanitev zavarovanca in enega spremljevalca (ter živečega darovalca v primeru transplantacije) med bivanjem v tujini, izključno za namen zdravljenja, ki je bilo odobreno s strani družbe Best Doctors. Vse dogovore v zvezi z nastanitvijo izvede družba Best Doctors. Zavarovalnica ne bo plačala nobenih drugih stroškov, ki bi nastali zaradi dogovorov v zvezi z nastanitvijo izvedenih s strani zavarovanca ali katerekoli tretje osebe v imenu zavarovanca.

2. Družba Best Doctors bo odgovorna za določitev datumov rezervacije nastanitve na osnovi odobrenega programa zdravljenja. Ti datumi bodo sporočeni zavarovancu v ustreznem in predvsem v času, ki mu omogoča, da uredi vse potrebne osebne zadeve.

3. Družba Best Doctors bo poskrbela za datum vrnitve na osnovi zaključka zdravljenja in na osnovi dogovora z zdravnikom, ki bo izvajal zdravljenje, ko bo zdravstveno stanje zavarovancu dovoljevalo potovati.

4. V primeru, da zavarovanec spremeni datum potovanja, ki mu je bil rezerviran in sporočen s strani družbe Best Doctors, bo zavarovanec moral zavarovalnici in/ali družbi Best Doctors poravnati vse stroške povezane z novimi dogovori v zvezi z nastanitvijo, razen če so bile spremembe potrjene s strani družbe Best Doctors, kot nujne z vidika medicinskega stališča.

5. Kritje za potovanja bo vključevalo:

5.1 rezervacije za dvoposteljno sobo ali sobo z dvema posteljama v visoko kvalitetnem hotelu (3 ali 4 zvezdice), kar ustreza kriterijem, ki so v zavarovančevem interesu. Izbira hotela bo predmet razpoložljivosti in le-ta bo izbran v območju 10 km oddaljenosti od bolnišnice ali zdravnika, ki izvaja zdravljenje.

6. Zajtrk, obroki in naključni stroški v hotelu niso kriti. Nadstandardne storitve v hotelu niso financirane s strani zavarovanja.

7. Pri tem ni omejitev glede števila kritih nočitev. Le-to bo povezano s trajanjem zdravljenja.

5. Zavarovanje krije **stroške za vrnitev v domovino**:

1. v primeru smrti zavarovanca (ali živečega darovalca v primeru transplantacije) izven države stalnega bivališča, ko ta nastopi med zdravljenjem, ki je krito po zavarovalni polici. Zavarovalnica bo plačala stroške vrnitve posmrtnih ostankov v Slovenijo. To kritje je omejeno samo na tiste storitve in materiale, ki so potrebne, da se pripravi pokojnikovo telo in da se ga pripelje v Slovenijo ter vključuje:

1.1 storitve nudene s strani pogrebnega podjetja, ki poskrbi za mednarodne povezave glede vrnitve v domovino, vključno z balzamiranjem in urejanje dokumentacije.

1.2 osnovno krsto za prevoz posmrtnih ostankov.

1.3 prevoz posmrtnih ostankov iz letališča do imenovanega kraja pokopa v Sloveniji.

6. Zavarovanje krije **stroške za zdravila**:

1. za stroške zdravil, kupljenih v Sloveniji, ki so povezani z zdravljenjem krite bolezni ali z izvedbo kritega zdravstvenega postopka, odobrenega s strani družbe Best Doctors v predhodnem zdravstvenem potrdilu. Kritje v skladu z zavarovalno polico za to izplačilo je veljavno samo na osnovi sledečega:

1.1 zdravilo je bilo svetovano preko družbe Best Doctors s strani mednarodnih zdravnikov, ki so zdravili zavarovanca, kot potrebno za izvajanje zdravljenja.

1.2 zdravilo je bilo dovoljeno in odobreno s strani ustreznega zdravstvenega organa ali agencije v Sloveniji. Predpisi in dokumentacija je zanj urejena.

1.3 za zdravilo se zahteva recept s strani zdravnika v Sloveniji.

1.4 nakup zdravila je možen v Slovenji.

1.5 količina predpisanega zdravila na recept zadošča porabi v obdobju dveh mesecev.

2. Izplačilo ne krije:
- kateregakoli dela stroška za zdravila, ki ga financira Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije v Sloveniji ali ga krije druga zavarovalna polica zavarovanca.
- stroškov povezanih z izdajo zdravila.
- nakupa zdravil izven Slovenije.
- računov, predloženih zavarovalnici po več kot enem letu od nakupa zdravila.

3. Nakup zdravila mora urediti in plačati neposredno zavarovanec. Zavarovalnica bo zavarovancu povrnila stroške na osnovi predloženega relevantnega recepta, originalnega računa in dokazila o plačilu. V primeru, ko je strošek zdravila deloma krit s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije ali druge zavarovalne police, mora zahteva za povračilo stroškov jasno ločiti med stroški, ki so bili izključno financirani s strani zavarovanca in tistimi, ki so bili delno financirani.

8. člen BOLNIŠNIČNI DAN V PRIMERU HOSPITALIZACIJE V TUJINI

V primeru hospitalizacije zavarovanca v tujini zaradi zdravljenja krite bolezni ali kritega zdravstvenega postopka, ki je predhodno odobren s strani družbe Best Doctors, je zavarovanec upravičen do bolnišničnega dne za vsako nočitev, vendar največ za 60 nočitev za vsak posamezni zahtevek.

9. člen IZKLJUČITVE ZAVAROVALNICE V PRIMERU STORITVE FINDBESTCARE (NAJBOLJŠA OSKRBA)

1. Zavarovalnica nima obveznosti v primeru spodaj navedenih splošnih izključitev:

1. stroškov, ki nastanejo zaradi vseh bolezni ali zdravstvenih postopkov, ki niso posebej navedeni v 6. členu teh pogojev.

2. vsakršnih stroškov za bolezni ali poškodbe, ki nastanejo kot posledica vojn, terorističnih dejanj, potresnih premikov, nemirov, izgredov, poplav, vulkanskih izbruhov, prav tako neposrednih ali posrednih posledic jedrske reakcije in drugih izrednih ali katastrofalnih pojavov, vključno z uradno razglašenimi epidemijami.

3. vsakršnih stroškov, ki nastanejo kot posledica katerekoli nezgode zavarovanca tudi tiste, ki se zgodijo med opravljanjem njegovega poklica, prav tako tudi nezgode in bolezni, ki so povezane z delom in tiste, ki se pripetijo zaradi uporabe motornih vozil.

4. stroškov, ki nastanejo zaradi vseh bolezni ali nezgod, do katerih pride pri profesionalnem izvajanju kateregakoli športa in pri udejstvovanju v različnih aktivnosti v zraku vendar ne v povezavi s potniškim prevozom, tudi pri podvodnih aktivnostih, boksu, borilnih veščinah, plezanju, igranju rugby-ja,

jamarstvu, bikoborbah, dirkah z motorji, vključno s preizkusnimi vožnjami ter pri kateremkoli drugem visoko tveganem športu.

5. vsakršnih stroškov zdravstvene oskrbe zaradi alkoholizma, odvisnosti od drog in/ali opojnih substanc zaradi zlorabe alkohola in/ali jemanja psihoaktivnih snovi, narkotikov ali halucinogenih drog. Prav tako so izključene tudi posledice in bolezni, ki nastanejo zaradi poskusa samomora ali samopoškodovanja.
6. stroškov, ki nastanejo zaradi vseh bolezni ali stanj, povzročenih s strani zavarovanca namenoma ali z goljufijo ali zaradi dejanj iz malomarnosti ali kriminalne nepremišljenosti zavarovanca ali zaradi storitve kaznivega dejanja zavarovanca.

2. Zavarovalnica nima obveznosti v primeru spodaj navedenih **zdravstvenih izključitev:**
   1. predhodno obstoječih bolezni v obdobju desetih let pred datumom začetka veljavnosti zavarovalne police.
   2. eksperimentalnega zdravljenja, vključno z diagnostičnimi, terapevtskimi in/ali kirurškimi postopki, katerih varnost in zanesljivost še nista bili ustrezno znanstveno dokazani.
   3. medicinskih postopkov, ki so potrebni zaradi AIDS-a (sindrom pridobljene imunske pomanjkljivosti), okužbe z virusom HIV (virus človeške imunske pomanjkljivosti) ali kateregakoli stanja, ki nastane zaradi tega (vključno z boleznijo znano kot Kaposijev sarkom) ter kateregakoli zdravljenja zaradi AIDS-a ali okužbe z virusom HIV.
   4. katerihkoli storitev, ki z medicinskega vidika niso nujne za zdravljenje krite bolezni ali izvedbo kritega zdravstvenega postopka, kot je opisano v 6. členu teh pogojev.
   5. nastalih stroškov zaradi bolezni za katero je najprimernejši način zdravljenja s transplantacijo organa.
   6. katerekoli bolezni, ki jo povzroči transplantacija organa razen, če je zadevna bolezen razvrščena kot krita bolezen ali kriti zdravstveni postopek.
   7. katerekoli diagnosticirane bolezni ali v zvezi z vidnimi prvimi simptomi ugotovljenimi med obdobjem karence, kot je navedeno v 1. členu teh pogojev.

3. Zavarovalnica nima obveznosti v primeru spodaj navedenih **stroškov, ki so izključeni.** To so:
   1. vsakršni stroški, ki nastanejo v zvezi ali izhajajo iz katerekoli diagnoze, zdravljenja, storitve, materiala znotraj Slovenije.
   2. vsakršni stroški, ki nastanejo v zvezi s katerekoli diagnozo, zdravljenjem, storitvijo, materiala ali zdravniških receptov, po vsem svetu, kadar zavarovanec živi zunaj Slovenije več kot 91 zaporednih dni v času 12 mesecev pred vsakokratno zahtevo po drugem zdravniškem mnenju kot je navedeno v 13. členu teh pogojev.
   3. vsakršni stroški, ki nastanejo v zvezi s katerokoli diagnosticirano boleznijo ali s to boleznijo vidnimi prvimi medicinsko dokumentiranimi simptomi ugotovljenimi med obdobjem karence, kot je navedeno v 1. členu teh pogojev.
   4. vsakršni stroški, ki nastanejo pred izdajo predhodnega zdravstvenega potrdila.
   5. vsakršni stroški, ki nastanejo v bolnišnici, ki ni odobrena in navedena v predhodnem zdravstvenem potrdilu.
   6. vsakršni stroški, ki nastanejo brez upoštevanja postopka uveljavljanja zahtevkov iz 13. člena teh pogojev.
   7. vsakršni stroški, ki nastanejo v zvezi s storitvami pri hospitalizaciji v zvezi z domačo zdravstveno oskrbo ali v zvezi s storitvami nudenimi v rehabilitacijskem centru ali ustanovi, hospicu ali domu za starejše občane, tudi če so tovrstne storitve zahtevane ali potrebne za zdravljenje krite bolezni ali izvedbo kritega zdravstvenega postopka.
   8. vsakršni stroški, ki nastanejo pri nakupu (ali najemu) katerekoli vrste proteze ali ortopedskih pripomočkov, steznikov, povojev, bergel, umetnih okončin ali organov, lasulj (tudi, ko se uporaba le-teh smatra kot potrebna med kemoterapevtskim zdravljenjem), ortopedske obutve, kilnih pasov in druge podobne opreme ali pripomočkov, razen prsnih protez zaradi mastektomije in umetnih srčnih zaklopk.
   9. vsakršni stroški, ki nastanejo zaradi nakupa ali najema invalidskih vozičkov, posebnih postelj, klimatskih naprav, čistilnikov zraka in katerihkoli drugih podobnih predmetov ali opreme.
   10. vsi farmacevtski izdelki in zdravila, ki niso bili izdani s strani farmacevta z licenco ali so dosegljivi brez zdravniškega recepta.
   11. vsakršni stroški, ki nastanejo zaradi uporabe alternativne medicine, tudi ko je ta posebej predpisana s strani zdravnika.
   12. vsakršni stroški zdravstvene oskrbe ali hospitalizacije v primeru cerebralnega sindroma, senilnosti ali možganske okvare ne glede na njihovo stopnjo razvoja.
   13. stroški prevajalca, telefonski stroški in drugi stroški v zvezi z osebnimi predmeti ali predmeti, ki niso zdravstvene narave ali za katerakoli drugo storitev nudeno sorodnikom, spremljevalcem ali sopotnikom.
   14. vsakršni stroški, ki nastanejo s strani zavarovanca ali sorodnikov, spremljevalcev ali sopotnikov, razen tistih, ki so izrecno kriti.
   15. stroški, ki niso običajni, nestandardni in nesorazmerni stroški.
   16. vsakršni stroški v zvezi s prevozom iz navedenega hotela v bolnišnico ali k zdravniku, ki izvaja zdravljenje.

4. Zavarovalnica nima obveznosti v primeru spodaj navedenih izključenih **bolezni in zdravstvenih postopkov:**
   1. **V primeru zdravljenja raka**

      Katerikoli tumor ob prisotnosti sindroma pridobljene imunske pomanjkljivosti (AIDS).

      Kožni rak, razen malignih melanomov.
   2. **V primeru kirurške koronarne revaskularizacije (miokardne revaskularizacije**)

      Katerakoli koronarna bolezen zdravljena z uporabo tehnik, ki ni kirurška koronarna revaskularizacija, kot so vse oblike angioplastike.

      Travmatske poškodbe aorte.
   3. **V primeru zamenjave ali popravila srčnih zaklopk**

      Travmatske poškodbe srčnih zaklopk.
   4. **V primeru nevrokirurgije**

      Kraniotomija, ki je potrebna zaradi travmatske poškodbe.
   5. **V primeru presaditve organa živega darovalca transplantacije tkiv**

      Katerakoli transplantacija, če potreba po transplantaciji nastane zaradi bolezni jeter kot posledica uživanja alkohola.

      Katerakoli transplantacija, če je transplantacija izvedena z avtotransplantatom, razen transplantatov kostnega mozga.

      Katerakoli transplantacija, ko zavarovanec daruje organ tretji osebi.

      Transplantati mrtvega darovalca.

      Katerakoli transplantacija organa, ki zahteva zdravljenje z matičnimi celicami.

      Nakup organov darovalca.

10. člen DOGOVOR O PREMIJI IN ZAVAROVALNI VSOTI TER PLAČEVANJE PREMIJE

1. Zavarovalno vsoto in premijo sporazumno določita zavarovalec in zavarovalnica po podatkih v ponudbi, zlasti pa še po izbranem premijskem sistemu in zavarovančevi starosti.
2. Premija je določena po zavarovančevi trenutni starosti.
3. Premijo je možno plačevati letno ali v obrokih (polletno, četrtletno ali mesečno).
4. Dogovorjeno premijo je zavarovalec dolžan plačevati v dogovorjenih rokih, na dogovorjeni način.
5. Premija za to zavarovanje se plačuje najdlje do konca tistega zavarovalnega leta, v katerem je zavarovanec dopolnil 84. leto starosti ali do smrti zavarovanca.
6. Zavarovalec je dolžan poleg dogovorjene premije plačati tudi vse prispevke in davke, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec morebiti predpisal v času trajanja zavarovalne pogodbe.

11. člen POSLEDICE ZARADI NEPLAČANE PREMIJE

1. Če premija do zapadlosti ni plačana, preneha kritje po pogodbi po 60 dneh od dneva, ko je bilo zavarovalcu oziroma zavarovancu vročeno priporočeno pismo zavarovalnice z obvestilom o zapadlosti premije na naslov oziroma na zadnjo spremembo naslova, ki ga je zavarovalec oziroma zavarovanec dostavil zavarovalnici. Za vročanje se uporabljajo pravila o osebnem vročanju skladno z zakonom, ki ureja upravni postopek. Šteje se, da je bila priporočena pošiljka zavarovalcu oziroma zavarovancu vročena, ne glede na to, ali je zavarovalec oziroma zavarovanec priporočeno pošiljko prevzel, če je zavarovalnica pošiljko poslala na naslov, ki ga je zavarovalec dostavil zavarovalnici.
2. Zavarovalnica lahko po izteku roka iz prejšnjega odstavka tega člena razdre pogodbo brez odpovednega roka in izterja neplačane premije s pripadajočimi obrestmi. Razdrtje pogodbe in prenehanje kritja nastopi z iztekom roka iz prejšnjega odstavka tega člena, če je bil zavarovalec oziroma zavarovanec v priporočenem pismu z obvestilom o zapadlosti premije in prenehanju kritja iz prejšnjega odstavka tega člena o tem primerno obveščen.

12. člen OBVEZNOSTI ZAVAROVALCA IN ZAVAROVANCA TER POSLEDICE NJIHOVE NEIZPOLNITVE

1. Zavarovalec oziroma zavarovanec sta dolžna ob sklenitvi pogodbe prijaviti zavarovalnici vse okoliščine, ki so pomembne za ocenitev nevarnosti in so jima znane ali jima niso mogle ostati neznane. Za pomembne veljajo tiste okoliščine brez poznavanja katerih zavarovanja ni mogoče skleniti oziroma so takšne, da bi zavarovalnica zavarovanje sklenila pod posebnimi pogoji oziroma da zavarovanja ne bi sklenila.
2. Če je zavarovalec oziroma zavarovanec namenoma dal netočno prijavo ali namenoma zamolčal kakšno okoliščino take narave, da zavarovalnica ne bi sklenila zavarovanja, če bi vedela za resnično stanje, lahko zavarovalnica v času trajanja zavarovanja zahteva razveljavitev zavarovanja brez odpovednega roka.
3. Če je zavarovanje razveljavljeno iz razlogov, navedenih v prejšnjem odstavku, obdrži zavarovalnica že plačane premije in ima pravico zahtevati plačilo premije za zavarovalno dobo, v kateri je zahtevala razveljavitev zavarovanja.
4. Če je zavarovalec oziroma zavarovanec kaj netočno prijavil ali je opustil dolžno obvestilo, pa tega ni storil namenoma, lahko zavarovalnica v času trajanja zavarovanja v enem mesecu od dneva, ko je izvedela za netočnost ali

nepopolnost prijave, razdre zavarovanje. Zavarovanje preneha z iztekom meseca v katerem je zavarovalnica sporočila zavarovalcu, da razdira zavarovanje.

5. Če zavarovanje preneha s smrtjo zavarovanca, je zavarovalnica upravičena do premije do konca meseca.

6. Zavarovalec oziroma zavarovanec je dolžan takoj sporočiti zavarovalnici spremembo bivališča in ga v primeru opustitve le-tega bremenijo eventualni stroški, ki bi nastali zavarovalnici.

7. Zavarovalec oziroma zavarovanec je dolžan sproti obveščati zavarovalnico o vseh spremembah, ki so pomembne za izvajanje zavarovanja.

8. Zavarovalnica bo pisna obvestila pošiljala zavarovalcu na naslov, ki ga je pisno sporočil. V primeru, da vročitev obvestila zavarovalcu ni bila možna (npr. zaradi odsotnosti, odklonitve sprejema in podobno) se šteje, da je zavarovalec priporočeno pošiljko prejel z dnem poskusa vročitve. Zavarovalec se izrecno strinja, da se bo v tem primeru to obvestilo štelo za prejeto z dnem, kot to določa Zakon o pravdnem postopku, zato bo veljalo, da je zavarovalec z njegovo vsebino seznanjen. Navedena domneva uspele vročitve ima na podlagi posebnega dogovora z zavarovalcem pravno veljavne učinke. V primeru opustitve tega dolžnega ravnanja bremenijo eventualni stroški, ki bi nastali zavarovalnici, zavarovalca.

9. Če se zavarovalec preseli izven Evropske unije, mora zavarovalnici sporočiti ime osebe v Sloveniji, ki je pooblaščena za sprejemanje izjav zavarovalnice.

13. člen POSTOPEK UVELJAVLJANJA ZAHTEVKOV

1. Zavarovanec ali katerakoli oseba, ki je pooblaščena, da zakonito nastopa v njegovem imenu mora ob diagnozi krite bolezni ali kritega zdravstvenega postopka, opredeljenega v 6. členu teh pogojev, ravnati v skladu s spodaj opisanim postopkom. Upoštevanje postopka uveljavljanja zahtevkov je predpogoj za prejem kateregakoli zdravljenja, storitve, materiala ali zdravniškega recepta v zvezi z boleznijo ali zdravstvenim postopkom, ki sta krita v skladu z zavarovalno polico.

2. **Obveščanje o zahtevkih**: zavarovanec ali katerakoli oseba, ki je pooblaščena, da zakonito nastopa v njegovem imenu, mora v najkrajšem možnem času obvestiti družbo Best Doctors o morebitnem zahtevku in od nje zahtevati storitev drugega zdravniškega mnenja, poznanega pod imenom InterConsultation (drugo zdravniško mnenje). Družbo Best Doctors lahko obvestite o morebitnem zahtevku s klicem na brezplačno telefonsko številko 080 19 20. Pogovor bo potekal v slovenskem jeziku. Osebje družbe Best Doctors bo zavarovancu sporočilo zahtevana potrebna navodila, da se zaključi postopek InterConsultation (drugo zdravniško mnenje), vključno o zavarovančevem podpisanem pooblastilu, ki družbi Best Doctors dovoljuje naročanje ustreznih diagnostičnih preiskav in zdravstvenih informacij. Namen storitve InterConsultation (drugo zdravniško mnenje) je potrditev diagnoze in kritja v skladu z zavarovalno polico.

3. **Ocena zahtevka in izbira mednarodne bolnišnice**: ko se zaključi postopek InterConsultation (drugo zdravniško mnenje), bo družba Best Doctors pripravila izčrpno pisno poročilo o ustreznosti diagnoze in pravici do zdravljenja s strani neodvisnega strokovnjaka na področju zdravstva. Če poročilo potrdi diagnozo krite bolezni ali kritega zdravstvenega postopka in če se zavarovanec odloči za zdravljenje izven Slovenije, mora zavarovanec o svoji odločitvi obvestiti družbo Best Doctors. Družba Best Doctors bo nato zavarovancu predložila seznam priporočenih bolnišnic v tujini. Zavarovanec mora nato v roku treh mesecev po prejetju poročila sporočiti družbi Best Doctors katero bolnišnico je izbral.

4. **Predhodno zdravstveno potrdilo**: ko pri družbi Best Doctors prejmejo zavarovančevo potrditev glede njegove izbire bolnišnice s seznama priporočenih bolnišnic za zdravljenje bo družba Best Doctors uredila potrebne logistične in zdravstvene zadeve za ustrezni sprejem zavarovanca v izbrano bolnišnico in izdala predhodno zdravstveno potrdilo, ki velja samo za navedeno bolnišnico. Predhodno zdravstveno potrdilo, povezano z zahtevkom, omogoča zavarovancu dostop do zdravljenja, storitev, materiala ali receptov v izbrani bolnišnici. Izključeni so kakršnikoli stroški, ki nastanejo v bolnišnici, ki ni navedena v predhodnem zdravstvenem potrdilu. Izključeni so kakršnikoli stroški, ki nastanejo pred izdajo predhodnega zdravstvenega potrdila. Predhodno zdravstveno potrdilo je veljavno tri mesece od datuma izdaje. V primeru, da zavarovanec v tem času ni pričel z zdravljenjem v odobreni bolnišnici, predhodno zdravstveno potrdilo ne bo več veljavno. Zahtevati se mora novo predhodno zdravstveno potrdilo.

5. **Plačilo:** vse dokler so pogoji predhodnega zdravstvenega potrdila izpolnjeni se po polici skladno z upravičenji prevzemajo stroški, ki nastanejo s strani zavarovanca, v skladu z omejitvami, izključitvami in pogoji podrobno navedenimi v teh pogojih.

6. Zavarovanec in njegovi sorodniki morajo dovoliti obiske zdravnikov družbe Best Doctors in/ali zavarovalnice ter vsakršne poizvedbe, ki so potrebne po mnenju zavarovalnice. V ta namen bodo zdravniki, ki so obiskali in zdravili zavarovanca, oproščeni obveznosti, do poklicne molčečnosti. V primeru, da se teh obiskov ne bo dovolilo, bo zavarovalnica to razumela kot izrecno odpoved izpolnitvi zahtevka v skladu s polico.

14. člen ODPOVED ZAVAROVALNE POGODBE

1. Zavarovalec lahko zavarovanje pisno odpove, najmanj tri mesece pred potekom tekočega zavarovalnega leta.

2. Zavarovanje lahko odpove tudi zavarovalnica, vendar le v primerih ter na način in pod pogoji, predpisanimi v Obligacijskem zakoniku.

15. člen PRITOŽBENI POSTOPEK IN REŠEVANJE SPOROV

1. Zoper pisno odločitev zavarovalnice je dovoljena pritožba na Pritožbeno komisijo zavarovalnice, ki pritožbe obravnava skladno s pravilnikom zavarovalnice, ki ureja pritožbeni postopek. Pritožba se lahko odda osebno, po (elektronski) pošti ali preko spletnega obrazca zavarovalnice, in sicer v roku 30 dni od prejema odločitve zavarovalnice.

2. V okviru internega pritožbenega postopka obravnava zavarovalnica tudi pritožbe, v katerih se zatrjuje kršitev poslovne morale.

3. Spore med zavarovalcem, zavarovancem oziroma oškodovancem na eni strani in zavarovalnico na drugi strani rešuje sodišče, pristojno po sedežu zavarovalnice.

4. Poleg omenjenih oblik je mogoče spore reševati tudi v okviru zakonsko predvidenih alternativnih oblik reševanja sporov, predvsem s posredovanjem izvajalca izvensodnega reševanja potrošniških sporov (Mediacijski center, ustanovljen pri Slovenskem zavarovalnem združenju), katerega pristojnost priznava zavarovalnica, v zvezi s čimer so vse informacije na voljo tudi na telefonski številki 080 19 20 ali na spletni strani zavarovalnice (www.zav-sava.si).

5. V primeru pritožbe zoper odločitev družbe Best Doctors kakor tudi za morebitne napačne postopke v zvezi z izvedbo zdravljenja kritih bolezni in kritih zdravstvenih postopkov ali napak pri izdanem drugem zdravniškem mnenju je potrebno pritožbo v pisni obliki nasloviti na zavarovalnico, katera pa v postopek (pritožbeni ali sodni) vključi družbo Best Doctors Services S.L.U..

16. člen VARSTVO OSEBNIH PODATKOV

1. Zavarovalec oziroma zavarovanec, v skladu z veljavno zakonodajo s področja varovanja osebnih podatkov, dovoljuje, da zavarovalnica in njene kapitalsko ali pogodbeno povezane družbe za zavarovalno zastopanje oz. posredovanje ter ostale pogodbeno povezane družbe za izvajanje del dejavnosti zavarovanja, med njimi tudi družba Best Doctors Inc., njegove osebne podatke zbirajo, obdelujejo, shranjujejo in posredujejo v obsegu in za namene, kot jih določa zakon, ki ureja področje zavarovalništva.

   Prav tako izrecno dovoljuje, da zavarovalnica in družbe, navedene v prejšnjem odstavku, za namen opravljanja svoje dejavnosti zbirajo, obdelujejo, shranjujejo in posredujejo tudi vse njegove ostale osebne podatke, vključno z občutljivimi osebnimi podatki, ter dovoljuje vpogled pooblaščene osebe zavarovalnice - zdravnika cenzorja ter družbi Best Doctors Inc., v ustrezno medicinsko dokumentacijo.

   Tako zbrane osebne podatke, razen občutljivih osebnih podatkov, lahko zavarovalnica in njene kapitalsko ali pogodbeno povezane družbe za zavarovalno zastopanje oz. posredovanje uporabljajo tudi za namene neposrednega trženja ter obveščanja o novostih in ponudbah tudi z uporabo samodejnih klicnih in komunikacijskih sistemov za opravljanje klicev na naročnikovo telefonsko številko brez človekovega posredovanja (npr. klicni avtomati, SMS, MMS), telefaksov ali elektronske pošte.

   Hkrati zavarovalnico pooblašča, da sme za namene izvajanja zavarovanj posamezne podatke preverjati oz. pridobivati pri ustreznih ustanovah javnega in zasebnega sektorja, ki razpolagajo z njegovimi osebnimi podatki.

2. Zavarovalec oziroma zavarovanec ima, v skladu z veljavno zakonodajo s področja varovanja osebnih podatkov, pravico do vpogleda, prepisa, kopiranja, dopolnitve, popravka, blokiranja in izbrisa osebnih podatkov, ki se nanašajo nanj.

3. Zavarovalec oziroma zavarovanec lahko kadarkoli zahteva, da zavarovalnica začasno ali trajno preneha z uporabo njegovih osebnih podatkov za namen neposrednega trženja.

4. Zavarovalnica se obvezuje, da bo vse zbrane osebne podatke skrbno varovala, v skladu z veljavno zakonodajo s področja varovanja osebnih podatkov.

17. člen POSEBNA DOLOČILA

1. Storitev InterConsultation (drugo zdravniško mnenje):
   1. Kljub določilom 1. člena 3. odstavka 9. točke so izključene naslednje bolezni/stanja:
      a) psihiatrična stanja;
      b) zobozdravstvene težave;
      c) zavarovanci, ki so trenutno sprejeti v bolnišnico;
      d) vsa stanja, ki niso bila prvič pregledana in poročana naprej s strani lokalnega specialista, ki izvaja zdravljenje.
   2. Storitev InterConsultation (drugo zdravniško mnenje) ne krije stroškov zdravljenja, dodatne diagnostike ali osebnih posvetovanj.
   3. Družba Best Doctors bo potrdila ali bolezen/stanje, lahko upravičeno upošteva pri storitvi InterConsultation (drugo zdravniško mnenje) potem, ko bodo izvedli prvo ocenjevanje medicinskega primera.
2. Storitev FindBestCare (najboljša oskrba):
   1. Po končani storitvi InterConsultation (drugo zdravniško mnenje) se lahko v primeru, da se zdravstveno poročilo ne nanaša na krite bolezni ali zdravstvene postopke, zaprosi družbo Best Doctors za organizacijo zdravljenja v tujini preko storitve FindBestCare, kot razširjen obseg upravičenj.
   2. Ta storitev kot razširjen obseg upravičenj, ne krije nobenih stroškov zdravljenja. Vse stroške povezane z zdravljenjem mora plačati zavarovanec.

18. člen ZAKLJUČNA DOLOČBA

1. Za razmerja iz zavarovalne pogodbe se uporablja pravo Republike Slovenije.
2. Odgovornost za zakonito, ustrezno in strokovno ravnanje pri izvajanju storitev tega zavarovanja prevzema družba Best Doctors.
3. V primeru spora je za reševanje sporov dogovorjena krajevna pristojnost stvarno pristojnega sodišča v Mariboru.
4. Za odnose med zavarovalnico, zavarovancem, zavarovalcem, upravičenci in ostalimi osebami, ki niso urejeni s temi pogoji, se upoštevajo določbe Obligacijskega zakonika in drugih pravnih predpisov Republike Slovenije.
5. Poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice bo, v skladu z zakonskimi zahtevami glede časa in obveznosti objave, dostopno na spletni strani zavarovalnice (www.zav-sava.si).

Prednosti sklenitve življenjskih zavarovanj

Sklenitev zavarovanja z eno polico
Večja preglednost

Celovitost zavarovanja
Večja varnost

Izbira zavarovanja po lastni meri

Nižja cena zavarovanja
Dodatni paketni popusti

POSLOVNE ENOTE ZAVAROVALNICE SAVA
VEČ INFORMACIJ NA 080 19 20 IN NA WWW.ZAV-SAVA.SI

PE Ljubljana
Dunajska cesta 8
1000 Ljubljana
T: 01 234 55 00
F: 01 234 55 10
E: pe-ljubljana@zav-mb.si

PE Pomurje
Prešernova ulica 7
9240 Ljutomer
T: 02 584 96 70
F: 02 584 12 42
E: pe-ljutomer@zav-mb.si

PE Koper
Cesta Zore Perello-Godine 2
6000 Koper
T: 05 611 77 70
F: 05 639 36 85
E: pe-koper@zav-mb.si

PE Celje
Ljubljanska cesta 14
3000 Celje
T: 03 428 45 04
E: pe-celje@zav-mb.si

PE Maribor
Cankarjeva ulica 3
2507 Maribor
T: 02 233 23 07
F: 02 233 25 28
E: pe-maribor@zav-mb.si

PE Novo mesto
Seidlova cesta 5
8000 Novo mesto
T: 07 391 35 00
F: 07 391 35 10
E: pe-novo-mesto@zav-mb.si

PE Kranj
Nazorjeva ulica 1
4000 Kranj
T: 04 281 80 10
F: 04 281 80 20
E: pe-kranj@zav-mb.si

PE Nova Gorica
Delpinova ulica 7a
5000 Nova Gorica
T: 05 335 90 00
F: 05 335 90 15
E: pe-nova-gorica@zav-mb.si

PE Slovenj Gradec
Francetova cesta 7
2380 Slovenj Gradec
T: 02 881 27 00
F: 02 881 27 37
E: pe-slovenj-gradec@zav-mb.si

SAVA
ZAVAROVALNICA