

POVEZUJEMO LJUDI,
KI SE SOOČAJO Z
ZDRAVSTVENIMI
TEŽAVAMI,
S TISTIMI,
KI JIM LAHKO
NAJBOLJE POMAGAJO.

Zbir informacij in zavarovalnih pogojev za prostovoljno zdravstveno zavarovanje

Critical Advantage™

“Narediti prav”

Povezujemo ljudi,
ki se soočajo z zdravstvenimi težavami,
s tistimi, ki jim lahko najboljše pomagajo.

ZDRAVITE SE PRI NAJBOLJŠIH ZDRAVNIKIHI!

Če je bila vam ali vašemu bližnjemu postavljena resna diagnoza, imate verjetno veliko vprašanj. Vendar pogosto ne dobite odgovorov, ki jih iščete.

Z najboljšimi zdravniki dobite popoln nadzor. Lahko izbirate med različnimi možnostmi, kadar jih najbolj potrebujete. Imeli boste dostop do drugega strokovnega mnenja, ki ga bo napisal eden vodilnih svetovnih strokovnjakov.

Če dobite resno bolezen, npr. nekatere vrste raka, ali če potrebujete presaditev organa, se lahko odločite za zdravljenje pri najboljšem strokovnjaku kjerkoli na svetu.*

Družba Best Doctors bo poiskala in priporočila najboljšo ustanovo za zdravljenje zunaj Slovenije. Imeli boste dostop do zdravljenja v najbolj prestižnih bolnišnicah po vsem svetu, vam pa ne bo treba skrbeti za organizacijo in plačilo stroškov poti od doma do bolnišnice ter organizacijo in plačilo stroškov zdravljenja.**

KAJ VKLJUČUJE CRITICAL ADVANTAGE™ – ODLOČILNA PREDNOST?

Dostop do najboljših zdravnikov po vsem svetu in zdravljenje v priznanih mednarodnih centrih v vrednosti do 1.000.000 EUR ali 2.000.000* EUR.

Storitev vam v skladu s splošnimi pogoji omogoča dostop do drugega zdravniškega mnenja (Inter Consultation™) v primeru bolezni ali poškodbe. Drugo zdravniško mnenje bo podal specialist, ki so ga drugi strokovnjaki izbrali za vodilnega na svojem področju. Če se zahtevek prizna, polica omogoči dostop do zdravljenja v najboljših bolnišnicah po svetu. Te ugodnosti podrobneje razlagamo v nadaljevanju.

InterConsultation™

Drugo mnenje vodilnega svetovnega strokovnjaka - da boste povsem prepričani v postavljeno diagnozo. Izbrali bomo enega od vrhunskih zdravnikov specialistov, ki jih je imenovala stroka, in ta bo najustrezneje preveril pravilnost diagnoze in zdravljenja. Vaš primer bo temeljito preučil, vam pa sploh ne bo treba zapustiti doma. Izbrani strokovnjak vam bo posredoval celovito poročilo in priporočila, ki bodo temeljila na najnovejših razpoložljivih medicinskih dognanjih.

Zdravljenje v tujini

Pripada vam najboljša oskrba, ne glede na lokacijo izbrane bolnišnice. Če so vam diagnosticirali resno bolezen, npr. raka, težje obolenje srca ali nevrološke težave, ali če potrebujete presaditev organa, bomo krili stroške zdravljenja kjerkoli po svetu, zunaj Slovenije. Z znanjem, ki je brez primere, bo družba Best Doctors poiskala ustreznega strokovnjaka in najprimernejšo bolnišnico v drugi državi. Uredili bomo vse od naročanja, nastanitve, do potovanja in zdravljenja. Poravnali bomo vse stroške do skupne vrednosti 1.000.000 oz. 2.000.000 EUR*.

*Zdravljene po vsem svetu, izven Slovenije, vključuje stroške za zdravljenja za krite bolezni, skladno z zavarovalnimi pogoji - in sicer do 1.000.000 EUR za Standard Critical Advantage™ in do 2.000.000 EUR za Premium Critical Advantage™.

** Skladno z zavarovalnimi pogoji.

Best Doctors®

Družbo Best Doctors sta ustanovila profesorja s harvardske medicinske fakultete (Harvard Medical School), ki verjameta, 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. Družba Best Doctors poveže povsem običajne ljudi z vodilnimi svetovnimi strokovnjaki. Neodvisen pregled diagnoze in možnosti zdravljenja daje bolnikom vse potrebne odgovore, ki jih potrebujejo za pametno odločitev v skrbi za svoje zdravje.

AmTrust Europe Limited

Critical Advantage™ - Odločilna prednost, je plod sodelovanja med družbama Best Doctors in AmTrust Europe Limited. Združuje dostop do storitev, ki jih zagotavlja družba Best Doctors, in izvrstno, dostopno zavarovanje družbe AmTrust Europe Limited.

KRATKO NAVODILO ZA UVELJAVLJANJE ZAHTEVKA

Kaj se zgodi, ko zavarovanec dobi diagnozo hujše bolezni? Ko se soočite z resno boleznijo, se pojavijo številni dvomi. Od odgovorov vas loči en sam telefonski klic. Pozorno preberite navodilo za uveljavljanje zahtevka. Po korakih je razložena uporaba vaše Odločilne prednosti – zdravite se pri najboljših zdravnikih na svetu.

BREZPLAČNA TELEFONSKA ŠTEVILKA

080 88 12

DOSTOP DO NAJBOLJŠE MEDICINSKE OSKRBE V SAMO ŠTIRIH KORAKIH:

1. POKLIČITE NAS

To je prvi korak za dostop do zdravstvenih storitev družbe Best Doctors in koriščenje ugodnosti programa Odločilna prednost. Ko vzpostavite stik z družbo Best Doctors, vam bo član naše skupine, odgovorne za vaš primer, razložil vse o začetku postopka InterConsultation™ (drugo zdravniško mnenje), ki je bistven za potrditev vaše diagnoze in za nadaljnja priporočila glede najprimernejšega zdravljenja.

2. REŠIMO VAS DVOMOV

InterConsultation™: zberemo vaše razpoložljive in ustrezne zdravstvene podatke, kot so diagnoza, zdravstvena anamneza in izvidi. Družba Best Doctors ima dostop do 53.000 zdravnikov po vsem svetu, vsak od njih pa je strokovnjak na svojem področju. Izberemo najprimernejšega strokovnjaka, ki bo s podrobnim poročilom potrdil vašo diagnozo in priporočil najprimernejše zdravljenje. Nato vam posredujemo poročilo, ki ga morate natančno preučiti, in potrdimo, ali je vaše stanje in/ali poseg vključen v kritje.

3. PONUDIMO VAM REŠITVE

Če se skladno s priporočili strokovnjaka odločite za zdravljenje v tujini, bo družba Best Doctors poiskala najprimernejšo bolnišnico/zdravstveno ustanovo in vam pomagala izbrati najprimernejšo možnost. Poleg tega vas bomo mi naročili pri zdravnikih in poskrbeli za sprejem v bolnišnico. Za vas in vašega spremljevalca bomo uredili vse potrebno za potovanje (npr. letalske vozovnice in nastanitev).

4. ZANESITE SE NA DRUŽBO 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 na okrevanje.

KRATEK

OPIS STORITEV

KRITE BOLEZNI IN ZDRAVSTVENI POSTOPKI

ZDRAVLJENJE RAKAVIH OBOLENJ

Zdravljenje rakavih obolenj vključuje zdravljenje vseh malignih tumorjev, vključno z levkemijo, sarkomom in limfomom (razen kožnega limfoma). Zanje je značilna nenadzorovana rast in širitev malignih celic ter napad na tkiva. Vključeno je tudi zdravljenje predmalignih in in-situ karcinomov, ki so omejeni na epitelij področja nastanka in niso prešli na stromo ali bližnja tkiva.

OBVODNA OPERACIJA KORONARNE ARTERIJE (srčna revaskularizacija)

Vključuje kirurški poseg, ki je opravljen po predlogu kardiologa zaradi zožitve ali neprehodnosti ene ali več koronarnih arterij.

ZAMENJAVA ALI POPRAVILO SRČNIH ZAKLOPK

Vključuje celotno zamenjavo ali popravilo ene ali več srčnih zaklopk po predlogu kardiologa.

NEVROKIRURGIJA

Vključuje vse kirurške posege na možganih in/ali drugih znotraj lobanjskih strukturah kot tudi na benignih tumorjih lociranih v hrbtenjači.

PRESADITEV ORGANA/TKIV ŽIVEGA DAROVALCA

Vključuje kirurško presaditev ledvice, dela jeter, pljučnega režnja, dela trebušne slinavke ali kostnega mozga, ki ga daruje živa, kompatibilna oseba. Pri presaditvi kostnega mozga lahko gre tudi za transplantacijo zavarovančevih gojenih celic.

KRATEK

OPIS STORITEV

OZEMELJSKA VELJAVNOST

Ta program krije stroške zdravljenja kritih bolezni in zdravstvenih postopkov opisanih na prejšnji strani, po vsem svetu, razen v Sloveniji. Zavarovanec mora imeti stalno prebivališče v Sloveniji (v tujini lahko na leto preživi največ 91 zaporednih dni).

STAROSTNE OMEJITVE

- Najnižja starost za vpis v družinsko polico: **31 dni**
- Najvišja vstopna starost: **64 let**
- Veljavno do starosti **največ 84 let**

ZAVAROVALNE VSOTE IN OMEJITVE

Program krije drugo zdravniško mnenje in zdravstvene stroške zavarovanca, ki izhajajo iz zdravljenja kritih bolezni in zdravstvene postopke do naslednje višine zavarovalnih vsot v skladu s splošnimi pogoji:

| Zavarovanja in omejitve | Standard Critical Advantage™ | Premium Critical Advantage™ |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| Drugo zdravniško mnenje brez karence (InterConsultation™) | DA | DA |
| Organizacija zdravljenja v tujini (FindBestCare®) | DA | DA |
| Zdravljenje kritih bolezni ali medicinski postopek po zavarovani osebi letno do | 1.000.000 EUR | 2.000.000 EUR |
| V celotnem življenju zavarovane osebe v času veljavnosti police do | 2.000.000 EUR | 4.000.000 EUR |
| Nadomestilo za nočitev v bolnišnici v primeru hospitalizacije izven Slovenije zaradi zdravljenja kritih bolezni ali medicinskega postopka, ki ga je prej odobrila družba Best Doctors (največ za 60 nočitev v okviru enega zavarovalnega primera) | 100 EUR | 200 EUR |
| Kritje stroškov zdravil, kupljenih v Sloveniji po končanem zdravljenju | 50.000 EUR | 50.000 EUR |
| Kategorija hotela v času zdravljenja zunaj Slovenije | 3 do 4* | 5* |
| Prevoz na zdravljenje in nazaj z letalom/vlakom | EKONOMSKI RAZRED | POSLOVNI RAZRED |
| Izplačilo enkratnega zneska 20.000 EUR po prvi terapiji krite bolezni ali medicinskega postopka | NE | DA |
| DNK Analiza Nutricomplete | NE | DOPLAČILO 70 EUR** |

* V skladu s pogoji, kateri veljajo po polici ter Splošnimi pogoji za prostovoljno zdravstveno zavarovanje Critical Advantage™ (Splošni pogoji).

** DNK Analiza Nutricomplete: pri koriščenju ob sklenitvi zavarovanja je enkratno doplačilo 70,00 EUR, po poteku enega leta zavarovanja in plačanih dvanajstih mesečnih premijah je cena 35,00 EUR, po preteku dveh let zavarovanja in plačanih štiriindvajsetih premijah je storitev brezplačna.

Zavarovalni vsoti za bolnišnični dan in za stroške zdravil sta vključeni v letni in vseživljenjski limit zavarovalnih vsot. V letni in vseživljenjski limit so vključeni tudi stroški prevoza in nastanitve zavarovanca in spremljevalca, ki potuje skupaj z zavarovancem zaradi zdravljenja krite bolezni. Podrobne definicije in zavarovalne vsote so navedene v splošnih pogojih in zavarovalni polici.

Premium Critical Advantage™ krije tudi izplačilo enkratne zavarovalne vsote v višini 20.000 EUR po vrnitvi z zdravljenja v tujini. Pogoj za izplačilo zavarovalne vsote je opravljena prva terapija zdravljenja ali medicinski postopek, odobren s strani družbe Best Doctors na podlagi predhodnega zdravstvenega potrdila in zaradi katerega je bil zavarovanec hospitaliziran vsaj 3 noči.

DNK ANALIZA KOT NUTRICIONISTIČNI VODIČ ZA TELO

Še zmeraj kot pribito velja rek »Bolje preprečiti kot lečiti«, zato v ponudbo paketa MEDICAL CARE, Premium Critical Advantage™ vključujemo tudi možnost izdelave posebne DNK analize - NUTRICOMPLETE.

KAJ JE NUTRIGENETIKA?

Med sabo smo si precej različni, zato tudi na zaužito hrano reagiramo vsak drugače. Prav mogoče je, da določena hrana, sicer po vseh pravih zdrava, za vaše telo nima zdravih učinkov. Morda vam celo škodi, pa tega ne veste. Nutrigenetika proučuje, kako individualne razlike v genski strukturi vplivajo na to, kako se telo odziva na prehrano. Številne genske različice vplivajo na absorpcijo hrane, na presnovo in izločanje zaužite hrane ali pa na biološke učinke hranil. Namen nutrigenetike je identificirati specifične značilnosti posameznika, na podlagi katerih je moč po meri zasnovati prilagojen način prehrane, ki posameznika ne bo obremenjevala, temveč mu bo pomagala živeti bolj zdravo.

S pomočjo NUTRICOMPLETE analize, ki je tukaj na voljo, lahko znanstvena dognanja prenesemo v praktično uporabo v vsakodnevem življenju. Vpogled v prehranjevalni slog posameznika in v njegovo gensko sliko, odpirata možnost za oblikovanje načrta prehrane, ki bo zagotavljal optimalni vnos in izkoristek hranil, brez morebitnih škodljivih "stranskih učinkov".

NUTRICOMPLETE analiza poda odgovore, kako se vaše telo odziva na nasičene maščobe, ogljikove hidrate, na vitamine B6, B9, B12, D in E, na železo ter na različne oblike diet. Z analizo se ugotovi še vaša toleranca na laktozo, občutljivost na gluten in na soli ter, kakšna je presnova alkoholov, kofeina in kalija v vašem telesu.

NUTRICOMPLETE V PETIH KORAKIH

Postopek je zastavljen tako, da čim manj obremenjuje posameznika:

- 1.** Stranka prejme DNK komplet z navodili in brisom za odvzem DNK.
- 2.** Ko je vzet bris, DNK komplet potuje v certificiran laboratorij.
- 3.** Izvede se DNK analiza na podlagi vzorca (brisa).
- 4.** Opravi se evalvacija rezultatov in pripravi strokovno poročilo.
- 5.** Stranka prejme osebni nutricionistični priročnik, z uporabo katerega lahko izboljša svoje zdravje in počutje.

SPLOŠNI POGOJI ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE CRITICAL ADVANTAGE™ - BD-SCA-SI_07_2017

UVODNI ČLEN

Zavarovalnica, ki izdaja to polico, je AmTrust Europe Limited. Registrirana je v Angliji s številko 1229676, Market Square House, St. James's Street, Nottingham NG1 6FG. Deluje na podlagi načela prostega pretoka storitev in je kot takšna registrirana pri slovenski Agenciji za zavarovalni nadzor. AmTrust Europe ima licenco, podeljeno s strani agencije za nadzor finančnih institucij (Prudential Regulation Authority) in deluje pod nadzorom agencije za nadzor finančnega poslovanja (Financial Conduct Authority) ter agencije za nadzor finančnih institucij (Prudential Regulation Authority). V registru finančnih storitev je registrirana pod številko 202189.

BDUE Underwriting Europe - Mediacao de Seguros, Unipessoal, LDA je zavarovalno zastopniška družba, pooblaščenca za sklepanje zavarovalnih pogodb v imenu AmTrust Europe Limited ter odločanje o zahtevkih v zvezi s to polico.

Družba Eureko d.o.o. je registrirana v Sloveniji pod matično številko 6162266000, s poslovnim naslovom Brnčičeva ulica 13, 1231 Ljubljana - Črnuče, Slovenija. Družba Eureko deluje kot zastopnik BDUE Underwriting Europe Mediacao de Seguros Unipessoal, LDA.

1. člen: OPREDELITEV POJMOV

Ti splošni pogoji (v nadaljnjem besedilu: pogoji) so sestavni del zavarovalne pogodbe, ki je sklenjena med zavarovalcem in AmTrust Europe Limited (v nadaljnjem besedilu: zavarovalnica).

V okviru zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: zavarovanje) se je mogoče zavarovati za namen koriščenja storitve InterConsultation™ in storitve FindBestCare® (najboljša oskrba). Zavarovanje krije drugo zdravniško mnenje, stroške zdravljenja kritih bolezni in zdravstvenih postopkov po vsem svetu, razen v Sloveniji, do višine dogovorjenih zavarovalnih vsot.

Izrazi, navedeni v teh pogojih, veljajo za oba spola, ne glede na obliko, v kateri so zapisani, in pomenijo:

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;

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 preteklih bolezni), se bolezen šteje za nadaljevanje preteklih in ne za novo bolezen;

bolnišnica - zasebna ali javna organizacija, zakonito pooblaščenca, 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;

cerebralni sindrom - prisotnost cerebralne motnje ali poškodbe možganov, ki se kaže v delni ali popolni oslabitvi delovanja možganov;

datum začetka zavarovanja - datum začetka zavarovanja, kot je naveden v zavarovalni polici;

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: InterConsultation™ (drugo zdravniško mnenje) in FindBestCare®;

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;

FindBestCare® - 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;

hospitalizacija - bivanje v bolnišnici ali kliniki, ki traja preko noči;

InterConsultation™ (drugo zdravniško mnenje) - strukturiran postopek pridobitve drugega zdravniškega mnenja, ki temelji na temeljitem pregledu zdravstvenih podatkov in diagnostičnega gradiva zavarovanca. Drugo zdravniško mnenje podajo priznani zdravstveni strokovnjaki, vodilni na svojem področju. To storitev omogoča družba Best Doctors;

izključitev - določena situacija ali stanje, ki ga zavarovalna polica ne krije in ki ga zavarovalnica v primeru zahtevka ni dolžna plačati;

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);

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 predinvasivni maligni tumor, diagnosticiran v začetni fazi, z ugodno prognozo v primeru popolne odstranitve;

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;

polica - dokument, v katerem so navedene podrobnosti o zavarovancu in zavarovalcu, na katere se nanaša zavarovalna polica ter ti pogoji. Prav tako med drugim določa zavarovalno vsoto, premijo, datum začetka veljavnosti in način prenehanja zavarovanja;

ponudba - obrazec, ki ga mora izpolniti zavarovanec in/ali zavarovalec, da lahko zaprosi za polico in vključuje zdravstveni vprašalnik;

poškodba - škoda, prizadejana telesu zavarovanca;

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 zavarovanja;

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;

premija - cena zavarovanja, ki jo je treba plačati zavarovalnici. Dinamika plačila je določena na ponudbi oziroma polici;

pristopna starost - razlika med letnico začetka zavarovanja in letnico rojstva;

proteza - naprava oziroma pripomoček, ki nadomešča ves organ ali del organa, oziroma nadomešča vse funkcije ali del funkcij pri nedelujočem ali okvarjenem delu telesa;

svetovalec kardiolog - zdravnik, ki je specializiran za bolezni srca in kardiovaskularnega sistema;

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 katerokoli 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;

upravičenja - obseg ali raven storitev in kritja, do katerega je zavarovanec upravičen v skladu z zavarovalno polico;

zahtevak - uradna zahteva zavarovalnici za koriščenje storitev ali upravičenj, ki so krita na podlagi police. Posledice, ki izhajajo iz istega vzroka ali zdravstvenega stanja, se štejejo kot nadaljevanje prejšnjega zahtevka, in ne kot samostojen zahtevak;

zavarovalec - fizična ali pravna oseba, ki zaprosi za sklenitev zavarovanja in sklene zavarovalno pogodbo z zavarovalnico in ki jo pravno zavezujejo obveznosti zavarovalne police, z izjemo obveznosti, ki zaradi svoje narave vplivajo na zavarovanca;

zavarovalna vsota - najvišji znesek za plačilo do katerega jamči zavarovalnica v primeru koriščenja storitev, opredeljenih v teh pogojih;

zavarovalnica - pravna oseba, ki prevzema tveganje skladno s pogoji zavarovanja. Zavarovalnica za to polico je AmTrust Limited;

zavarovanec - oseba, navedena na polici, za katero je bila zavarovalna polica izdana in je deležna pravic iz te pogodbe;

zdravila - katerakoli substanca ali kombinacija substanc, ki je lahko uporabljena ali predpisana zavarovancu v 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;

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

zdravstveni vprašalnik - obrazec, izpolnjen in podpisan s strani zavarovanca, ki je osnova za analizo ustreznosti potencialnega zavarovanca z vidika izpolnjevanja pogojev za zavarovanje, ki jo opravi zavarovalnica. V primeru mladoletnih oseb mora biti obrazec izpolnjen in podpisan s strani zakonitega zastopnika zavarovanca;

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.

družinski član - za družinske člane štejejo zavarovalčev oziroma zavarovančev zakonec ali zunajzakonski partner ter neporočen 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 drugačnega dogovora z zavarovalnico. Definicija družinskega člana ima naslednje pogoje in omejitve:

A: Pojem družinskega člana ne vključuje neporočenih otrok starih 18 let ali več razen izjem opisanih v naslednjem odstavku;

B: Pojem družinskega člana vključuje neporočene odvisne otroke, ki so stari 18 let ali več let toda manj kot 35 let v primeru,

- če otrok ni redno zaposlen ali samozaposlen za poln delovni čas,
- če ima otrok status študenta,
- če je otrok predvsem odvisen od zavarovanca glede podpore in nege.

partner - zakonec, 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.

HIV nezgodna okužba - okužba z virusom humane imunske pomanjkljivosti (HIV), ki je posledica transfuzije krvi, ki je bila predpisana kot del zdravljenja, kot posledica fizičnega napada ali incidenta med običajnim opravljanjem dolžnosti pri upravičenih poklicih, ki so navedeni spodaj:

- poklici v zdravstvu,
 - poklici za pomoč v sili (policisti, gasilci) in pripadniki oboroženih sil,
 - socialni delavci,
 - zaposleni v družbah za ravnanje z odpadki;
- Incident, ki je povzročil okužbo je treba prijaviti pristojnim organom in mora biti raziskan v skladu z uveljavljenimi postopki:
- kjer je okužba z virusom HIV nastala v fizičnem napadu ali kot posledica izrednega dogodka, ki je nastal med opravljanjem

običajnih službenih dolžnosti, mora biti incident dokumentiran z negativnim testom na HIV in protitelesa in izveden v roku petih dni po incidentu;

- mora biti izveden nadaljnji preskus HIV v 12 mesecih, ki potrjuje prisotnost HIV ali protiteles;
- incident, ki povzroči okužbo, se mora zgoditi v državah članicah Evropske unije, Švici, Kanadi, Združenih državah Amerike ali Avstraliji.

Okužba z virusom HIV, ki izhaja iz kakršnihkoli drugih vzrokov, vključno s spolno aktivnostjo ali zlorabo drog, ne bo upoštevana kot nezgodna in bo izločena iz kritja.

2. člen: SKLENITEV ZAVAROVALNE POGODBE

1. Zavarovalna pogodba se lahko sklene na podlagi v celoti izpolnjene ponudbe, ki vključuje zdravstveni vprašalnik in ki se pisno poda pri zavarovalnici.
2. Če se zavarovalnica s ponudbo ne strinja, še posebej, če se na podlagi informacij pridobljenih v zdravstvenem vprašalniku ugotovi, da zavarovanec ne izpolnjuje pogojev za sklenitev zavarovanja, mora zavarovalnica v osmih dneh po prejemu ponudbe o tem pisno obvestiti ponudnika.
3. Če zavarovalnica v tem roku ni odklonila ponudbe, ki ne odstopa od pogojev, po katerih sklepa zavarovanje, in ob pogoju, da zavarovanec na podlagi informacij pridobljenih v zdravstvenem vprašalniku izpolnjuje pogoje za sklenitev zavarovanja, se šteje, da je zavarovalnica ponudbo sprejela in da je zavarovanje sklenjeno, ko je zavarovalnica prejela ponudbo.
4. Če polica vsebuje napake, ki so posledica v ponudbi in drugih pisnih izjavah podanih napačnih informacij s strani zavarovalca, lahko zavarovalec take napake popravi v pisni obliki v enem mesecu po prejemu police. Če tega ne stori velja vsebina police.
5. Zavarovalna pogodba velja za sklenjeno, ko zavarovalnica, zavarovalec in - v primeru, da zavarovalec in zavarovanec nista ista oseba - zavarovanec podpišejo zavarovalno polico. V primeru, da zavarovalec in zavarovanec nista ista oseba, mora ponudbo podpisati tudi zavarovanec. Če je zavarovanec mladoletna oseba, je oseba pooblaščenca za podpis ponudbe v njegovem imenu njegov zakonit zastopnik.
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 predloži drug drugemu, veljajo od trenutka prejema le-teh. Vsi dogovori veljajo samo, če so sklenjeni pisno. Če prijave, izjave in druga obvestila niso poslana s priporočeno pošto, se za datum prejema šteje datum, ko je stranka prejela takšno prijavo, izjavo ali drugo obvestilo.
8. Upravičenec za koriščenje storitev zavarovanja je zavarovanec.
9. Podpis ponudbe s strani zavarovalca ali plačilo premije, če se sklepa pogodba na daljavo, se šteje za dokazilo o zavarovalčevi prostovoljni potrditvi ter sprejetju vseh pogojev in členov v teh splošnih pogojih, vključno z, a ne omejeno na omejitve v zvezi z izključitvami po polici. Zavarovalec in zavarovanec se zavezujeta, da bosta spoštovala določbe in pogoje, kot veljajo po polici.
10. Zavarovalec prav tako potrjuje, da je od zavarovalnice pred sklenitvijo te pogodbe prejel ustrezne in zadostne informacije v zvezi z zakonodajo, ki ureja zavarovalno pogodbo, pritožbenim postopkom, naslovom zavarovalnice in njenega nadzornega organa ter pravno subjektiviteto zavarovalnice, ki so vključeni v te pogoje v uvodnem členu in členih 15 in 17.

3. člen: TRAJNJE ZAVAROVANJA IN KRITJE

1. Zavarovanje začne veljati ob 00:00 uri na datum, določen kot datum začetka zavarovanja v polici. Polica velja za obdobje enega leta. Trajanje zavarovanja je določeno v polici. Zavarovanje se molče podaljša vsakokrat za naslednjo zavarovalno dobo, ki znaša eno leto, razen če katera od strank pisno sporoči, da ne želi nadaljevati zavarovalnega razmerja. Takšno sporočilo mora biti podano vsaj dva meseca pred iztekom tekočega zavarovalnega obdobja. V primeru, da takšno sporočilo ne bo podano, bo polica molče podaljšana s plačilom premije s strani zavarovalca po nastopu nove zavarovalne dobe. Zavarovanje se lahko nazadnje podaljša z začetkom tistega zavarovalnega leta, v katerem bo zavarovanec dopolnil 84. leto starosti.

2. Začetek zavarovanja je vedno samo prvega dne v mesecu.
3. Zavarovanje preneha:
 - tistega dne, ko zavarovanec umre ali
 - tistega dne, ko postane pravnomočna sodna odločba o popolnem ali delnem odvzemu poslovne sposobnosti zavarovancu 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.
4. Zavarovalno kritje preneha:
 - če zavarovanec živi zunaj Slovenije več kot 91 dni zaporedoma v kateremkoli zavarovalnem letu. Za tega zavarovanca kritje preneha takoj. Če je ta zavarovanec hkrati tudi zavarovalec, hkrati ugasnejo tudi vsa kritja po polici za ostale zavarovance;
 - ko zavarovalnica plača življenjski limit naveden v zavarovalni polici za enega od zavarovancev, kritje za tega zavarovanca preneha takoj. Če je ta zavarovanec hkrati tudi zavarovalec, hkrati ugasnejo tudi vsa kritja po polici za ostale zavarovance;
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. Najnižja in najvišja starost osebe, ki izpolnjuje pogoje za zavarovanje po tem členu, za sklenitev zavarovalne pogodbe je 31 dni oziroma 64 let. Neveljavno je zavarovanje osebe, ki še ni stara 31 dni in osebe, ki ji je odvzeta poslovna sposobnost.
2. Postopek sklenitve zavarovanja se v skladu s temi pogoji začne z izpolnitvijo ponudbe, ki vključuje zdravstveni vprašalnik za vse osebe, ki naj bi bile zavarovane s polico. Na podlagi odgovorov na vprašanja, navedena v zdravstvenem vprašalniku, bo mogoče odločiti, ali potencialni zavarovanec izpolnjuje pogoje za zavarovanje. Pritrdilni odgovor na katerokoli vprašanje, navedeno v zdravstvenem vprašalniku, ki nakazuje prisotnost določenega zdravstvenega stanja, pomeni, da oseba ne izpolnjuje pogojev za zavarovanje in zato zavarovalna pogodba ne bo sklenjena.
3. Zavaruje se lahko oseba, ki ima stalno prebivališče v Republiki Sloveniji.

5. člen: PREDMET ZAVAROVANJA

1. Predmet Critical Advantage™ zavarovanja po tej polici je nudenje kritja zavarovancu za storitve in zdravstvene stroške pri zdravljenju za krite bolezni in krite zdravstvene postopke, navedene v 6. členu, kadar so izpolnjeni vsi spodaj navedeni pogoji:
 - a) postopek zdravljenja in postopki, opravljeni in plačani po tej polici, se izvedejo v obdobju zavarovalnega kritja;
 - b) diagnoza, ki je podlaga za zdravstveni postopek, mora biti potrjena s strani storitve InterConsultation™ (drugo zdravniško mnenje);
 - c) krita bolezen ali stanje ni bilo diagnosticirano in prav tako ni bilo znakov ali simptomov, povezanih z kritimi boleznimi in zdravstvenimi postopki, ki bi bili zdravstveno dokumentirani v preteklih desetih letih pred datumom začetka zavarovanja ali med obdobjem karence za zavarovanca, navedenega v polici;
 - d) zdravljenje je opredeljeno kot zdravstveno nujno na podlagi ugotovitev poročila InterConsultation™ kot storitve, ki jo omogoča družba Best Doctors;
 - e) zdravstveni stroški so v okviru zavarovalne vsote in omejitev, navedenih v 7. členu teh pogojev;
 - f) zdravljenje je urejeno s strani družbe Best Doctors v skladu s postopkom uveljavljanja zahtevkov, ki je opredeljen v 13. členu teh pogojev;
 - g) zdravstveni stroški nastanejo zunaj Slovenije, z izjemo stroškov, ki so navedeni v 6. odstavku 7. člena;
 - h) stroški za katerekoli diagnostične postopke, zdravljenja, storitve, material ali recepte so kriti v skladu z zavarovalno polico, kot je določeno v 7. členu teh pogojev.
2. Poleg kritja izven države, ki ga ima zavarovanec na podlagi Critical Advantage™, ima zavarovanec tudi pravico do uporabe storitve InterConsultation™ za kakršnekoli bolezni ali poškodbe, vključno z

boleznimi, ki vplivajo na sposobnosti, potrebne za normalno izvajanje vsakdanjega življenja, izključujoč pri tem:

- a) psihiatrična stanja;
- b) zobozdravstvene težave;
- c) zavarovance, ki so trenutno sprejeti v bolnišnico;
- d) vsa stanja, ki niso bila prej pregledana in poročana s strani lokalnega zdravnika specialista, ki izvaja zdravljenje zavarovanca;
- e) vse predhodno obstoječe bolezni (kakor tudi njihove posledice, ki so bile diagnosticirane, zdravljene ali ugotovljene pri zavarovancu v obdobju desetih let pred datumom začetka zavarovanja) za katere se uveljavlja storitev InterConsultation™ (drugo zdravniško mnenje) znotraj dvanajst mesečnega obdobja od datuma začetka veljavnosti zavarovanja.

InterConsultation™ storitev ne krije stroškov zdravljenja, dodatne diagnostike ali osebnih posvetovanj.

Družba BestDoctors bo potrdila, ali vaša bolezen oziroma stanje izpolnjuje pogoje za uveljavljanje storitve InterConsultation™ po tem, ko opravi prvo oceno zdravstvenega primera.

Zavarovanec lahko uveljavlja te storitve po tem, ko je zavarovanje sklenjeno, pod pogojem, da so plačane vse premije, ki so zapadle v plačilo pred dnevom izvajanja takšnih storitev.

6. člen: KRITNE BOLEZNI IN ZDRAVSTVENI POSTOPKI ZA CRITICAL ADVANTAGE™

1. Zavarovanje krije naslednje bolezni in zdravstvene postopke zunaj Republike Slovenije:

- 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 hrbtnjenjači.
- 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. Polica krije stroške opredeljene v tem členu (do omejitev navedenih spodaj), ki bodo nastali v povezavi s kritimi boleznimi in kritimi zdravstvenimi postopki navedenimi v 6. členu teh pogojev.

Letni in vseživljenjski limiti zavarovalnih vsot za stroške krite po teh pogojih in polici so:

- 1.000.000 EUR je omejitev na zavarovanca za posamezno zavarovalno leto;
- 2.000.000 EUR je vseživljenjska omejitev na zavarovanca v času veljavnosti police.

2. Zavarovanje krije **zdravstvene stroške**, odobrene s strani družbe Best Doctors:

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 za 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);
 9. kirurških in zdravstvenih storitev, povezanih z odvzemom darovalčevega organa ali tkiva za transplantacijo zavarovancu;
 10. 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. 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 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 medicinskega vidika.
 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. Osebe 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 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 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 stroškov nastanitve bo vključevalo:
 - 5.1 rezervacije za dvoposteljno sobo ali sobo z dvema posteljami v visoko kvalitetnem hotelu (3 ali 4 zvezdice), vključno z zajtrkom, kar ustreza kriterijem, ki so v zavarovančevem interesu.
 - 5.2 izbira hotela bo predmet razpoložljivosti in le-ta bo izbran v območju 10 km oddaljenosti od bolnišnice ali zdravnika, ki izvaja zdravljenje.
 - 5.3 obroki in naključni stroški v hotelu niso kriti. Nadstandardne storitve v hotelu niso financirane s strani zavarovanja.
 - 5.4 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 (in/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, opravljene s strani pogrebnega podjetja, ki poskrbi za mednarodne povezave glede vrnitve v domovino, vključno z balzamiranjem in urejanje dokumentacije.
 - 1.2 krsto, ki ustreza osnovnim zahtevam za prevoz posmrtnih ostankov.
 - 1.3 prevoz posmrtnih ostankov iz letališča do imenovanega kraja pokopa v Sloveniji.
 2. Zavarovanje krije **stroške za zdravila**:
 - 2.1 kupljena v Sloveniji, ki so povezana 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:
 - 2.1.1 zdravilo je bilo svetovano preko družbe Best Doctors s strani mednarodnih zdravnikov, ki so zdravili zavarovanca, kot potrebno za izvajanje zdravljenja;
 - 2.1.2 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 zdravilo je mogoče kupiti v Sloveniji;
- 1.5 količina predpisanega zdravila na recept ne presega količine, ki se porabi v obdobju dveh mesecev.

Maksimalni znesek kritja za stroške zdravil (kot navedeno v 6. točki 7. člena teh splošnih pogojev) je omejen na 50.000 EUR na zavarovanca za celotno obdobje trajanja police. Ta omejitev je sestavni del celotnega letnega in vseživljenjskega limita zavarovalne vsote, navedene v 1. odstavku 7. člena.

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 ustreznega recepta, originalnega računa in dokazila o plačilu. V primeru, da 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 le delno financirani s strani zavarovanca.

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 in plačan po tej polici, je zavarovanec upravičen do izplačila 100 EUR za vsako bolnišnično nočitev, vendar največ za 60 nočitev za vsak posamezni zahtevek.

Ta prejeti znesek je sestavni del celotnega letnega in vseživljenjskega limita zavarovalne vsote navedene v 1. odstavku 7. člena.

9. člen: IZKLJUČITVE ZAVAROVALNICE

Zavarovalnica nima obveznosti plačila v primeru spodaj navedenih izključitev:

1. **Splošne izključitve pri vseh koristih pod to zavarovalno polico:**

Naslednje izključitve veljajo za vse dele te zavarovalne police, vključno z delom, ki se nanaša na dodatna kritja:

1. bolezni ali škoda zavarovanca ali katerikoli dogodki ali njihove posledice, ki so povezane z neposrednim sodelovanjem zavarovanca v vojnah (razglašenih ali ne), terorizmu, neredih, nemirih, uporih, vstajah ali dejanjih agresije.
2. bolezni ali škoda zavarovanca ali kakršnikoli dogodki ali njihove posledice, ki jih neposredno povzročijo jedrska energija ali sprostitvev radioaktivnih, kemičnih ali bioloških materialov v kakršnikoli obliki.
3. bolezni ali stanja, ali katerakoli druga škoda za zavarovanca, ki je bila povzročena namenoma, s prevaro ali ki izhajajo iz malomarnih dejanj ali so posledica kaznivega ali poskusa storitve kaznivega dejanja, ki jih napravi zavarovanec, njihovi dediči ali pravni zastopnik.
4. posledice ali škoda zavarovanca kot rezultat potresov, nemirov, poplav, vulkanskih izbruhov in vseh drugih izrednih ali katastrofalnih pojavov, vključno z uradno razglašenimi epidemijami, ki jih razglasi slovenski pristojni organ.

2. **Ostale splošne izključitve:**

Zavarovalnica nima obveznosti plačila v primeru spodaj navedenih izključitev:

1. stroški iz naslova vseh bolezni ali zdravstvenih postopkov, ki niso izrecno predvideni v skladu z določili 6. člena teh zavarovalnih pogojev.
2. vsaka škoda zavarovancu zaradi alkoholizma, odvisnosti od drog in/ali mamil, povzročena zaradi zlorabe alkohola in/ali psihoaktivnih, narkotičnih ali halucinogenih drog.
3. posledice in bolezni, ki izhajajo iz poskusa samomora ali samopoškodovanja.

3. **Zdravstvene izključitve:**

Zavarovalnica nima obveznosti plačila glede naslednjih zdravstvenih izključitev:

1. stanja, ki so obstajala v obdobju 10 let pred datumom začetka zavarovanja.
2. eksperimentalno zdravljenje, kakor tudi tisti diagnostični, terapevtski in/ali kirurški posegi, katerih varnost in zanesljivost ni bila ustrezno dokazana.
3. zdravstveni postopki, ki so potrebni zaradi AIDS-a (sindrom pridobljene imunske pomanjkljivosti), infekcije z virusom HIV (virus imunske pomanjkljivosti), ali kakršnokoli stanje, ki je nastalo zaradi njiju (vključno s Kaposijevim sarkomom) ali kakršnokoli zdravljenje zaradi AIDS-a ali HIV-a, razen v primeru postopkov potrebnih zaradi posledic nezgodne infekcije z virusom HIV.
4. vsaka storitev, ki ni zdravstveno nujna za zdravljenje krite bolezni ali zdravstvenega postopka, kot je opisano v 6. členu teh zavarovalnih pogojev.
5. zdravljenje za bolezni, za katere predstavlja najučinkovitejšo zdravljenje presaditev organov.
6. vsaka bolezen, ki je bila povzročena zaradi presaditve organa, razen v primeru, da je ta bolezen vključena med krite bolezni ali v medicinskem postopku.
7. vsaka bolezen, diagnosticirana ali v povezavi s prvimi vidnimi simptomi, opaženimi med obdobjem karence, kot je navedeno v 1. členu teh pogojev.

4. **Specifični izključeni stroški v povezavi s Critical Advantage™:**

Zavarovalnica nima obveznosti za plačilo naslednjih stroškov:

1. vsakršni stroški, ki nastanejo v zvezi z ali kot posledica vsakršnih diagnostičnih postopkov, zdravljenja, uporabe storitev in blaga ali zdravniških receptov kakršnekoli vrste, ki so nastali v Sloveniji.
2. vsakršni stroški, ki nastanejo v zvezi z ali kot posledica diagnostike, zdravljenja, uporabe storitev in blaga ali zdravniških receptov kakršnekoli narave, ki nastanejo po vsem svetu, ko je zavarovanec živel izven Slovenije več kot 91 zaporednih dni v 12 mesecih pred prvo zahtevo za storitev InterConsultation™, kot je navedeno v 13. členu teh pogojev ali zavarovane osebe ni mogoče šteti za rezidenta Slovenije, ko ne izpolnjujejo vseh naslednjih kriterijev:
 - a) Zavarovana oseba ima stalno prebivališče v Sloveniji;
 - b) Zavarovana oseba je bila prisotna na ozemlju Slovenije za obdobje, daljše od 183 dni, v zadnjem dvanajstmesečnem fiskalnem obdobju;
 - c) Središče življenjskih interesov zavarovane osebe se nahaja v Sloveniji.
3. vsakršni stroški, ki nastanejo v zvezi s kakršnokoli diagnosticirano boleznijo ali zdravniško dokumentiranimi prvimi simptomi med obdobjem karence, kot je navedeno v 1. členu teh pogojev.
4. vsakršni stroški, ki nastanejo pred izdajo predhodnega zdravniškega potrdila.
5. vsakršni stroški, ki nastanejo v drugi bolnišnici od pooblaščenice, ki je navedena v predhodnem zdravniškem potrdilu.
6. vsakršni stroški, ki nastanejo brez upoštevanja določil postopka o uveljavljanju zahtevkov iz 13. člena teh pogojev.
7. vsakršni stroški, ki nastanejo zaradi hospitalizacije, domače oskrbe ali storitev v rehabilitacijskem centru ali v ustanovi, hospicu ali domu starejših občanov, tudi če so tovrstne storitve potrebne ali nujne 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, ki so potrebne kot posledica operacije, organizirane in plačane po tej polici in pogojih.
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 ter nestandardni in nesorazmerni stroški.
 16. vsakršni stroški v zvezi z rednim prevozom iz navedenega hotela v bolnišnico ali k zdravniku, ki izvaja zdravljenje.
5. Zavarovalnica nima obveznosti v primeru spodaj navedenih izključenih **bolezni in zdravstvenih postopkov**:
1. **V primeru zdravljenja raka**
Katerakoli tumor ob prisotnosti sindroma pridobljene imunske pomanjkljivosti (AIDS), razen če je ta posledica neizogibne infekcije z virusom HIV.
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.
 3. **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.
 - Transplantanti mrtvega darovalca.
 - Katerakoli transplantacija organa, ki zahteva zdravljenje z matičnimi celicami.
 - Transplantacija, ki je omogočena z nakupom organov darovalca.

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

1. Zavarovalno vsoto in premijo sporazumno določita zavarovalec in zavarovalnica zlasti glede na izbrani premijski sistem in zavarovančevo starost ter ju vključita v zavarovalno pogodbo.
2. Premija je določena po starostnih razredih.
3. Premijo je možno plačevati letno ali v obrokih (polletno, četrletno ali mesečno).
4. Dogovorjeno premijo je zavarovalec dolžan plačevati v dogovorjenih rokih in 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 jih je dolžan plačati po veljavnih predpisih oziroma predpisih, ki bodo veljavni v času trajanja zavarovalne pogodbe.
7. Zavarovalec je seznanjen, da se premija v času trajanja zavarovanja spreminja glede na zavarovančevo starost (prehod v višji starostni razred). Višina premije se ustrezno uskladi ob koncu zavarovalnega leta, ko zavarovanec izpolni pogoj za prehod v višji starostni razred.
8. Zavarovalnica zavarovalca pisno obvesti o naslednjih spremembah, ki naj bi se uveljavile ob koncu zavarovalnega leta:
 - premija za vsak starostni razred;
 - zavarovalna vsota in limiti prikazani v zavarovalni polici;
 - nivo in vrsta kritja in zagotovljenih storitev.

Te spremembe bodo zavedene v pisnem obvestilu o obnovitvi zavarovanja, poslanem vsaj dva meseca pred iztekom zadevnega zavarovalnega leta, in bodo temeljile na oceni naslednjih dejavnikov:

- spremembe zakonov, uredb ali davčne ureditve;
- število, trajanje in stroški nastalih zahtevkov;
- število, trajanje in stroški pričakovanih bodočih zahtevkov;
- izkušnje v povezavi z zahtevki v zavarovalniški industriji;
- rast stroškov kritih medicinskih postopkov;
- tehnološke inovacije, ki se nanašajo na krite medicinske postopke;

- kakršenkoli drug razvoj okoliščin, ki lahko vplivajo na stroške zagotovljenega kritja po polici.

Če se zavarovalec s spremembo ne strinja ima pravico, da v tridesetih dneh po prejemu obvestila z izjavo, ki jo posreduje zavarovalnici, odstopi od zavarovanja. Odstop od zavarovanja učinkuje s potekom tekočega zavarovalnega leta. Če zavarovalec v tem roku ne odstopi od zavarovanja, se šteje, da se s spremembo strinja.

11. člen: POSLEDICE ZARADI NEPLAČANE PREMIJE

1. Če premija do zapadlosti ni plačana, preneha kritje po pogodbi po 30 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.
2. Zavarovalnica lahko po izteku roka iz prejšnjega odstavka tega člena razdre pogodbo brez odpovednega roka in izterja neplačane zapadle 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.
3. Zavarovalec z neplačilom zavarovalne premije ne more enostransko razdreti zavarovanja.

12. člen: OBVEZNOSTI ZAVAROVALCA IN ZAVAROVANCA TER POSLEDICE NJIHOVE NEIZPOLNITVE

1. Zavarovalec oziroma zavarovanec sta dolžna ob sklenitvi zavarovalne 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 neresnično prijavil ali namenoma zamolčal kakšno okoliščino take narave, da zavarovalnica ne bi sklenila zavarovanja, če bi vedela za resnično stanje stvari, lahko zavarovalnica v času trajanja zavarovanja zahteva razveljavitev zavarovanja.
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 neresnično 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 neresničnost ali nepopolnost prijave, po svoji izbiri bodisi odstopi od zavarovalne pogodbe ali pa predlaga zvišanje premije v sorazmerju z večjo nevarnostjo. V takem primeru preneha pogodba po izteku 14 dni, odkar je zavarovalnica sporočila zavarovalcu svoj odstop od pogodbe. Če zavarovalnica predlaga zvišanje premije in zavarovalec takšnega povišanja ne sprejme v naslednjih 14 dneh, pa je zavarovalna pogodba po samem zakonu razdrta z dnem, ko je zavarovalec prejel predlog zavarovalnice za zvišanje premije. Če se zavarovalna pogodba razdre v skladu s tem odstavkom, mora zavarovalnica vrniti zavarovalcu del premije, ki odpada na čas do konca zavarovalne dobe.
5. Če zavarovanje preneha zaradi smrti zavarovanca, je zavarovalnica upravičena do premije do konca meseca, v katerem je nastopila smrt.
6. Zavarovalec oziroma zavarovanec je dolžan nemudoma obvestiti zavarovalnico o spremembi stalnega prebivališča. Če tega ne stori, se mu zaračunajo morebitni stroški, ki bi zaradi tega nastali zavarovalnici.
7. Zavarovalec oziroma zavarovanec je dolžan nemudoma obvestiti zavarovalnico o vseh spremembah, ki so pomembne za izvajanje zavarovanja.
8. Zavarovalnica bo poslala pisna obvestila zavarovalcu na naslov, ki ga je zavarovalec navedel v ponudbi. V primeru, da obvestila ni bilo mogoče vročiti na ta naslov (na primer zaradi odsotnosti, zavrnitve prejetja in podobno), se šteje, da je zavarovanec prejel priporočeno pošiljko na dan poskusa vročitve in se tega dne

seznanil z njeno vsebino. Navedena domneva o uspešni izročitvi pravno učinkuje na podlagi tega posebnega dogovora z zavarovalcem. Zavarovalec trpi stroške, ki bi zavarovalnici nastali zaradi tega, ker zavarovalec zaradi razlogov, navedenih v tem odstavku, ne bi opravil tistega, k čemur je bil v pisnem obvestilu pozvan.

9. Če se zavarovalec preseli v državo zunaj Evropske unije, mora zavarovalec zavarovalnico obvestiti o osebi v Sloveniji, ki je pooblaščen za sprejemanje izjav oziroma dopisov zavarovalnice.

13. člen: POSTOPEK UVELJAVLJANJA ZAHTEVKOV

Zavarovanec ali katerakoli oseba, ki je pooblaščen, da zakonito nastopa v njegovem imenu mora ob diagnozi krite bolezni ali kritnega 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 polico.

1. **Obveščanje o zahtevkih:** zavarovanec ali katerakoli oseba, ki je pooblaščen, 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). Osebe družbe Best Doctors bo zavarovancu sporočilo zahtevana potrebna navodila, da se zaključí postopek InterConsultation™ (drugo zdravniško mnenje), vključno o zavarovančevem podpisanim 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.

2. **Ocena zahtevka in izbira mednarodne bolnišnice:** ko se zaključí 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 kritnega 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.

3. **Predhodno zdravstveno potrdilo:** ko družba Best Doctors prejme zavarovančev 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.

Predhodno zdravstveno potrdilo je izdano na podlagi zdravstvenega stanja zavarovanca ob času izdaje takšnega potrdila s strani družbe Best Doctors. Glede na to, da se zdravstveno stanje zavarovanca s časom lahko spremeni, je takšno potrdilo veljavno le 3 mesece. V primeru, da zavarovanec ne začne z zdravljenjem v odobreni bolnišnici, navedeni v predhodnem zdravstvenem potrdilu, v 3 mesecih od izdaje tega potrdila, bo družba Best Doctors izdala novo potrdilo, v katerem bodo priporočene bolnišnice, ki bodo najprimernejše glede na trenutno zdravstveno stanje zavarovanca.

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.

4. **Plačilo:** vse dokler so pogoji predhodnega zdravstvenega potrdila izpolnjeni, bo zavarovalnica, v obsegu upravičenj zavarovanca po polici, neposredno krila stroške, ki bi nastali zavarovancu, v skladu z omejitvami, izključitvami in pogoji, podrobno navedenimi v teh pogojih.

5. 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, vendar le v razmerju do zavarovalnice in v obsegu, v katerem bo to potrebno za postopek obravnavanja zavarovančevega zahtevka.

14. člen: ODPOVED ZAVAROVALNE POGODBE

1. Zavarovalec lahko v pisni obliki odstopi od zavarovalne pogodbe, če zavarovanje zaradi kakršnihkoli drugih razlogov že ni prej prenehalo.

1. Če zavarovalec od pogodbe odstopi v prvih 14 dneh:

- 1.1 od datuma začetka zavarovanja, ki je prikazan v zavarovalni polici, ali datuma, ko zavarovalec prejme zavarovalno polico (karkoli je pozneje), ali

- 1.2 od datuma, ko se veljavnost zavarovalne police obnovi bo zavarovalnica v takem primeru vrnila plačano premijo za tekoče zavarovalno obdobje. Šteje se, da je zavarovalec podal odstopno izjavo pravočasno, če jo pošlje v roku, določenem za odstop od pogodbe.

2. Če je zavarovalec od zavarovalne pogodbe odstopil po prvih 14 dneh od njene sklenitve v skladu s 3. členom teh pogojev, bo zavarovalnica zavarovancu v potrditev, da je polica prenehala veljati, poslala pismo ali e-pošto.

Zavarovalnica ne bo plačala zdravljenja, ki poteka po zadnjem dnevu kritja.

2. Zavarovalnica lahko kadarkoli odstopi od zavarovalne pogodbe, če se zgodi naslednje:

1. Zavarovalec v roku ne plača premije, kot je določeno v 11. členu teh pogojev.

Če pride do odstopa s strani zavarovalnice zaradi tega razloga, zavarovalnica obnovi kritje, če zavarovalec plača zapadlo premijo v 10 dneh od takrat, ko družba Best Doctors sporoči zavarovalnici, da je polica prenehala veljati.

2. Zavarovanci podajo lažne zahtevke ali zahtevke, ki pomenijo očitno zlorabo zavarovančevih pravic, pod pogoji, določenimi v 12. členu teh pogojev.

3. Zavarovalnica lahko odstopi od zavarovalne pogodbe z dnem zapadlosti premije, če to v pisni obliki najmanj 3 mesece pred zapadlostjo premije sporoči zavarovalcu.

15. člen: UGOVORI, PRITOŽBE

1. V primeru kakršnihkoli pritožb zoper storitve družbe Best Doctors glede morebitnih napačnih postopkov v zvezi z opravljanjem zdravljenja kritih bolezni, kritimi medicinskimi postopki ali napakami na izdanem drugem zdravniškem mnenju, je potrebno pritožbo v pisni obliki posredovati pri družbi Best Doctors, in sicer na naslednji naslov:

BDUE UNDERWRITING EUROPE

Avenida da Liberdade, 110

1269-046 Lisboa

Portugal

E-naslov: dpo@bduinternational.com

Telefonska številka: 080 88 12

Družba Best Doctors bo v roku 5 delovnih dni po prejemu pritožbe v pisni obliki potrdila prejem, odločitev o pritožbi pa v sodelovanju z zavarovalnico v pisni obliki posredovala v roku 25 delovnih dni od prejema pritožbe. Pritožba bo obravnavana v skladu s pravilnikom družbe Best Doctors, ki ureja interni postopek za reševanje pritožb. V primeru nestrinjanja z odločitvijo družbe Best Doctors lahko zavarovalec oziroma zavarovanec vložita pritožbo pri zavarovalnici.

2. Zavarovalec oziroma zavarovanec lahko vložita pritožbo zoper odločitev družbe Best Doctors po prvem odstavku tega člena oziroma pritožbo zoper zavarovalnico kadarkoli neposredno pri zavarovalnici, in sicer tako, da pritožbo naslovita na naslednji organ zavarovalnice, ki je pristojen za odločanje o pritožbi:

Complaints Manager

AmTrust Europe Limited

c/o BDUE UNDERWRITING EUROPE

Avenida da Liberdade, 110

1269-046 Lisboa

Portugal

E-naslov: dpo@bduinternational.com

Telefonska številka: 080 88 12

Zavarovalnica bo v roku 5 delovnih dni po prejemu pritožbe v pisni obliki potrdila prejem, odločitev o pritožbi pa zavarovalcu oziroma zavarovancu v pisni obliki posredovala v roku 8 tednov od prejema pritožbe. Pritožba bo obravnavana v skladu s pravilnikom zavarovalnice, ki ureja interni postopek za reševanje pritožb. Odločitev pritožbenega organa zavarovalnice je dokončna in nadaljnji postopki pri zavarovalnici niso možni.

3. V primeru nestrinjanja z dokončno odločitvijo zavarovalnice je mogoče vložiti pritožbo pri Finančnem Ombudsmanu na:

Financial Ombudsman Service

South Quay Plaza
183 Marsh Wall
London E14 9SR
UK

E-naslov: complaint.info@financial-ombudsman.org.uk
Za klice oziroma sporočila po faksu izven Združenega kraljestva
telefonska številka: +44 (0) 20 7964 1000
Fax: +44 (0) 20 7964 1001

4. V primeru nestrinjanja s končno odločitvijo zavarovalnice, se lahko po posebnem dogovoru nadaljuje postopek za izvensodno rešitev spora pri Mediacijskem centru, ki deluje v okviru Slovenskega zavarovalnega združenja, sicer pa v sodnem postopku pred pristojnim sodiščem.

Slovensko zavarovalno združenje

Železna cesta 14
SI-1000 Ljubljana
SLOVENIJA

Tel.: +386 (1) 473 56 99

Fax: +386 (1) 473 56 92

E-naslov: info@zav-zdruzenje.si

16. člen: VARSTVO OSEBNIH PODATKOV

Pridobljene osebne podatke in druge informacije o zavarovancu in drugih članih zavarovančeve družine bodo zavarovalnica in zavarovalni agenti, povezana podjetja in družba Best Doctors uporabili za namene vodenja police. To med drugim vključuje: sklepanje zavarovanj, obravnavanje zahtevkov, preprečevanje goljufij in zagotavljanje kakovosti. Zbiranje osebnih podatkov se opravlja skladno s Splošno uredbo o varstvu osebnih podatkov (EU) 2016/679 in vsakokrat veljavnima Zakonom o varstvu osebnih podatkov in Zakonom o zavarovalništvu (v nadaljevanju: veljavna zakonodaja) in lahko vključuje prenos posebnih (občutljivih) informacij, kot so zdravstvene kartoteka in informacije o zdravstvenem stanju med zavarovalnico in/ali podjetji, povezanimi z družbo Best Doctors, družbo Best Doctors, pozavarovalnico, drugimi zavarovalnicami in morebitnimi podizvajalci, ki se lahko nahajajo tudi izven Evropske unije.

Ravnanje s takimi osebnimi podatki bo potekalo skladno z veljavno zakonodajo.

S sklenitvijo police zavarovanec daje svojo izrecno privolitev, da zavarovalnica, družba Best Doctors, katerikoli zavarovalni agent, ki deluje pri zavarovalnici, ali druga zavarovalnica lahko uporabi njegove osebne podatke, za zgoraj navedene namene v obsegu, dovoljenem z veljavno zakonodajo. Če je zavarovanec mladoletna oseba, takšno soglasje poda njen zakoniti zastopnik.

Zavarovalec in zavarovanec lahko uveljavljata svojo pravico do dostopa, popravka, ugovora ali zahteve po prenehanju zbiranja podatkov in obdelave evidence osebnih podatkov tako, da se pisno obrneta na upravljalca podatkov in dopisu priložita kopijo osebne izkaznice oziroma potnega lista in sicer na naslednji naslov:

BDUE UNDERWRITING EUROPE

Privacy Department

Avenida da Liberdade, 110
1269-046 Lisboa
Portugal

E-naslov: dpo@bduinternational.com

Tako zavarovalec kot tudi zavarovanec se s podpisom ponudbe ali s prvim plačilom premije, če je pogodba sklenjena na daljavo strinjata, da družba Eureko d.o.o. uporablja vse osebne podatke, zbrane s tem dovoljenjem, tudi za namene neposrednega trženja, v obsegu dovoljenem z vsakokrat veljavnima Zakonom o varstvu osebnih podatkov in Zakonu o zavarovalništvu. Zavarovalec in zavarovanec obenem pooblaščata družbi Best Doctors in Eureko, da – v obsegu, dovoljenem z vsakokrat veljavnima Zakonom o varstvu osebnih podatkov in Zakonom o zavarovalništvu – pridobita podatke od državnih organov, bank, hranilnic in drugih finančnih institucij, organizacij, posameznikov in drugih upravljalcev osebnih podatkov in obenem uporabljata lastne evidence osebnih podatkov za namene uveljavljanja morebitnih zahtevkov po zavarovalni pogodbi. Osebni podatki se lahko zbirajo, obdelujejo ali kako drugače uporabijo za namen izvajanja zavarovalne pogodbe in za obveščanje o novostih in ponudbah.

17. člen: KONČNE DOLOČBE

1. Za razmerja iz zavarovalne pogodbe se uporablja pravo Republike Slovenije.
2. Odgovornost za zakonito, ustrezno in strokovno ravnanje pri izvajanju storitev tega zavarovanja nosi družba Best Doctors.
3. Za reševanje sporov je stvarno pristojno sodišče v Ljubljani.
4. Za odnose med zavarovalnico, družbo Best Doctors, zavarovancem, zavarovalcem, upravičenci in ostalimi osebami, ki niso urejeni s temi pogoji, se upoštevajo določbe Obligacijskega zakonika in drugih predpisov Republike Slovenije.
5. AmTrust Europe Limited je del Odškodninske sheme Združenega kraljestva za finančne storitve (United Kingdom Financial Services Compensation Scheme). Zavarovanec je lahko upravičen do odškodnine iz te sheme, če zavarovalnica ni zmožna izpolniti svojih obveznosti po zavarovalni pogodbi. Če je zavarovanec upravičen do odškodnine po tej shemi, je obseg odškodnine odvisen od vsebine zavarovalne pogodbe.

Nadaljnje informacije o odškodninski shemi je mogoče pridobiti pri Odškodninski shemi za finančne storitve (Financial Services Compensation Scheme):

Financial Services Compensation Scheme

10th Floor, Beaufort House
15 St. Botolph Street
London EC3A 7QU
UK

POSEBNI POGOJI PREMIUM Critical Advantage™

BD-PCA-SI_06_2018

Obstoječa dikcija v 7. členu »KRITI STROŠKI« in 8. Členu »BOLNIŠNIČNI DAN V PRIMERU HOSPITALIZACIJE V TUJINI« splošnih pogojev BD-SCA-SI_07_2017 se v celoti nadomesti s sledečo dikcijo:

7. člen: KRITI STROŠKI

1. Polica krije stroške opredeljene v tem členu (do omejitev navedenih spodaj), ki bodo nastali v povezavi s kritimi boleznimi in kritimi zdravstvenimi postopki navedenimi v 6. členu teh pogojev. Letni in vseživljenjski limiti zavarovalnih vsot za stroške krite po teh pogojih in polici so:
 - 2.000.000 EUR je omejitev na zavarovanca za posamezno zavarovalno leto;
 - 4.000.000 EUR je vseživljenjska omejitev na zavarovanca v času veljavnosti police.
2. Zavarovanje krije **zdravstvene stroške**, odobrene s strani družbe Best Doctors:
 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 anestetizacijo 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, elektrokardiogram, ehokardiografijo, mielogram, elektroencefalogram, angiogram, 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 za 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);

9. kirurških in zdravstvenih storitev, povezanih z odvzemanjem darovalčevega organa ali tkiva za transplantacijo zavarovancu.
10. za storitve in material za kulturo 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. 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 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 medicinskega vidika.
 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 poslovni 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. Osebe 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 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 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 stroškov nastanitve bo vključevalo:
 - 5.1 rezervacije za dvoposteljno sobo ali sobo z dvema posteljnima v visoko kvalitetnem hotelu (5 zvezdic), vključno z zajtrkom, kar ustreza kriterijem, ki so v zavarovančevem interesu.
 6. Izbira hotela bo predmet razpoložljivosti in le-ta bo izbran v območju 10 km oddaljenosti od bolnišnice ali zdravnika, ki izvaja zdravljenje.
 7. obroki in naključni stroški v hotelu niso kriti. Nadstandardne storitve v hotelu niso financirane s strani zavarovanja.
 8. 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 (in/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, opravljene s strani pogrebnega podjetja, ki poskrbi za mednarodne povezave glede vrnitve v domovino, vključno z balzamiranjem in urejanje dokumentacije.
 - 1.2 krsto, ki ustreza osnovnim zahtevam za prevoz posmrtnih ostankov.
 - 1.3 prevoz posmrtnih ostankov iz letališča do imenovanega kraja pokopa v Sloveniji.
6. Zavarovanje krije **stroške za zdravila**:
1. kupljena 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 zdravilo je mogoče kupiti v Sloveniji.
 - 1.5 količina predpisanega zdravila na recept ne presega količine, ki se porabi v obdobju dveh mesecev. Maksimalni znesek kritja za stroške zdravil (kot navedenih v 6. točki 7.

člena teh splošnih pogojev) je omejen na 50.000 EUR na zavarovanca za celotno obdobje trajanja police. Ta omejitev je sestavni del celotnega letnega in vseživljenjskega limita zavarovalne vsote navedene v 1. odstavku 7. člena.

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 ustreznega recepta, originalnega računa in dokazila o plačilu. V primeru, da 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 le delno financirani s strani zavarovanca.

8. člen: **BOLNIŠNIČNI DAN V PRIMERU HOSPITALIZACIJE V TUJINI IN EKRAATNA ZAVAROVALNA VSOTA PO VRNITVI IZ ZDRAVLJENJA V TUJINI**

1. 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 in plačan po tej polici, je zavarovanec upravičen do izplačila 200 EUR za vsako bolnišnično nočitev, vendar največ za 60 nočitev za vsak posamezni zahtevek. Ta prejeti znesek je sestavni del celotnega letnega in vseživljenjskega limita zavarovalne vsote navedene v 1. odstavku 7. člena.

2. Izplačilo enkratne zavarovalne vsote

To zavarovanje krije zavarovancu tudi izplačilo enkratne zavarovalne vsote v višini 20.000 EUR po vrnitvi iz zdravljenja v tujini. Pogoji za izplačilo te zavarovalne vsote je opravljena prva terapija zdravljenja ali medicinski postopek, ki je bil odobren s strani družbe Best Doctors na podlagi predhodnega zdravstvenega potrdila in zaradi katerega je bil zavarovanec hospitaliziran vsaj 3 noči.

Ta zavarovalna vsota se ne izplača v primeru zdravljenja ali medicinskega postopka »in-situ« raka ali pred malignih tumorjev. Kadar je zavarovanec mladoletna oseba, se zavarovalna vsota izplača staršu ali skrbniku, ki je zavarovalec na polici.

Critical Advantage™



V Sloveniji zastopa EUREKO:
EUREKO, d.o.o.
Brnčičeva ulica 13
1231 Ljubljana - Črnuče

080 88 12
info@eureko.si
www.best-doctors.si

Best Doctors®

BDUE UNDERWRITING EUROPE – MEDIAÇÃO DE SEGUROS, UNIPESSOAL, LDA, je zavarovalno zastopniška agencija, pooblaščenca za sklepanje zavarovalnih pogodb v imenu družbe AmTrust Insurance (UK) Ltd. ter odločanje o zahtevkih v zvezi s polico.

AmTrust Insurance (UK) Ltd. je družba registrirana v Angliji pod registrsko številko 05328622, s sedežem na Market SquareHouse, St. James's Street, Nottingham NG1 6FG, UK.

Določila Splošnih pogojev zavarovanja prevladajo nad tem reklamnim sporočilom.

BestDoctors in logo zvezde v križu sta registrirani blagovni znamki družbe BestDoctors Inc. v ZDA in drugih državah.

Best Doctors © Vse pravice pridržane 2018.

Ponudba BD_o6_2018. Veljavnost od 1.junij 2018.

ISO 9001-2008

Sistem vodenja kakovosti

Certificirano za storitev InterConsultation™.

Potrdile akreditacijske družbe ENAC, UKAS in JAN-ANZ