



**Splošni pogoji za prostovoljno zdravstveno zavarovanje Dr Best BASIC
FU_BA_SI_10_2021**

Splošni pogoji za prostovoljno zdravstveno zavarovanje Dr Best BASIC

FU_BA_SI_10_2021

UVODNI ČLEN

Zavarovalnica, ki izdaja to polico, je **AmTrust International Underwriters DAC** ("AmTrust"). Registrirana je na Irskem s številko 169384 in sedežem na 6-8 College Green, Dublin 2, D02 VP48, Irska. Deluje na podlagi načela prostega pretoka storitev in je kot takšna registrirana pri slovenski Agenciji za zavarovalni nadzor. AmTrust deluje pod nadzorom Centralne Banke Irske (CBI) in je registriran pod številko C33525.

Further Underwriting International SLU ("Further"), je družba registrirana v Španiji z davčno številko B83644484 in s sedežem na Paseo de Recoletos 12, Madrid, Španija. Družba Further je registrirana pri španskem regulatorju Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, kot ne ekskluzivni zastopnik zavarovalnice AmTrust z licenco številka AJ0241 in je pooblaščen za sklepanje pogodb v njenem imenu in odločanju o zahtevkih v zvezi z zavarovalno pogodbo.

Družba EUREKO, zavarovalno zastopniška družba, d.o.o., registrirana v Sloveniji s sedežem na naslovu Leskoškova cesta 9E, 1000 Ljubljana, vpisana v sodni register pri Okrožnem sodišču v Ljubljani, Srg 2012/19829, osnovni kapital: 37.500,00 EUR, matična številka: 6162266000, davčna številka: 57823715 ter vpisana v register zavarovalno zastopniških družb pri Agenciji za zavarovalni nadzor, številka dovoljenja za opravljanje dejavnosti zav. zastopanja 40110-391/12-4 z dne 13.3.2012. Družba EUREKO nastopa kot podzastopnik družbe Further Underwriting International SLU in kot administrativni skrbnik nabora storitev, združenih pod skupnim imenom DR BEST MEDICAL OPINION.

1. člen: OPREDELITEV POJMOV

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

V okviru zdravstvenega zavarovanja Dr Best BASIC (v nadaljnjem besedilu: zavarovanje) se je mogoče zavarovati za namen koriščenja storitve Second Expert Medical Opinion (drugo ekspertno zdravniško mnenje) in storitve Medical Concierge (najboljša oskrba). Zavarovanje krije drugo zdravniško mnenje, stroške potovanja, nastanitve in vrnitve v domovino za zavarovano osebo, ki se odpravi na zdravljenje, ki je organizirano s strani družbe Further po vsem svetu, razen v Sloveniji, dnevno nadomestilo za vsakih 24 ur, ki jih zavarovana oseba preživi na zdravljenju, organiziranem s strani družbe Further v bolnišnici, 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;

bolnišnica - zasebna ali javna organizacija, zakonito pooblaščen, da nudi medicinsko zdravljenje za boleznimi 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 Further - družba Further Underwriting International SLU je zavarovalno zastopniška družba, ki nudi naslednje zdravstvene storitve povezane z zavarovalno polico: Second Expert Medical Opinion (drugo ekspertno zdravniško mnenje) in Medical Concierge (najboljša oskrba).

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;

Medical Concierge (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;

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

Second Expert Medical Opinion (drugo ekspertno 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 Further;

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 Medical Concierge (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;

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 relevantne osebne podatke o zavarovancu oz. zavarovancih;

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 Further, ki vključuje potrditev organizacije zdravniške oskrbe 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;

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;

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 International Underwriters DAC;

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

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

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 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.

2. člen: SKLENITEV ZAVAROVALNE POGODBE

1. Zavarovalna pogodba se lahko sklene na podlagi v celoti izpolnjene ponudbe, ki vključuje relevantne osebne podatke o zavarovancu oz. zavarovancih.
2. Če se zavarovalnica s ponudbo ne strinja, mora zavarovalnica v osmih dneh po prejemu ponudbe o tem pisno obvestiti ponudnika.
3. Če zavarovalnica v tem roku ni odklonila ponudbe, 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 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 ponudbo. 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 zakoniti 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 predložita 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: TRAJANJE 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 na 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 policia molče podaljšana s plačilom premije s strani zavarovalca po nastopu nove zavarovalne dobe.
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
 - z odpovedjo pogodbe s strani zavarovalnice ali zavarovalca.
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.
5. Zavarovanje lahko odpove tudi zavarovalnica pod pogoji in na način kot jih določa 14. člen teh pogojev.

4. člen: SPOSOBNOST ZA ZAVAROVANJE

1. Postopek sklenitve zavarovanja se v skladu s temi pogoji začne z izpolnitvijo ponudbe, za vse osebe, ki naj bi bile zavarovane s polico. Na podlagi pridobljenih informacij v ponudbi, bo mogoče odločiti, ali potencialni zavarovanec izpolnjuje pogoje za zavarovanje.
2. Zavaruje se lahko oseba, ki ima stalno prebivališče v Republiki Sloveniji.

5. člen: PREDMET ZAVAROVANJA

1. Predmet zavarovanja po tej polici je nudenje kritja zavarovancu za stroške potovanja, namestitve in vrnitve v

domovino, kakor tudi dnevno nadomestilo za vsakih 24 ur, ki jih zavarovana oseba preživi na zdravljenju organiziranem s strani družbe Further v bolnišnici pri zdravljenju za krite bolezni in krite zdravstvene postopke, navedene v 6. členu, kadar so izpolnjeni vsi spodaj navedeni pogoji:

- a) postopek zdravljenja se izvede v obdobju zavarovalnega kritja;
 - b) diagnoza, ki je podlaga za zdravstveni postopek, mora biti potrjena s strani storitve Second Expert Medical Opinion (drugo ekspertno zdravniško mnenje)
 - c) zdravljenje je opredeljeno kot zdravstveno nujno na podlagi ugotovitev poročila Second Expert Medical Opinion (drugo ekspertno zdravniško mnenje) kot storitve, ki jo omogoča družba Further in zahteva minimalno eno nočitev v bolnišnici;
 - d) zdravstveni stroški so v okviru zavarovalne vsote in omejitev, navedenih v 7. členu teh pogojev;
 - e) zdravljenje je urejeno s strani družbe Further v skladu s postopkom uveljavljanja zahtevkov, ki je opredeljen v 13. členu teh pogojev;
 - f) stroški kriti v skladu z zavarovalno polico, kot je določeno v 7. členu teh pogojev.
2. Poleg kritja stroškov potovanja izven domovine, namestitve in vrnitve v domovino, kakor tudi dnevnega nadomestila za vsakih 24 ur, ki jih zavarovana oseba preživi na zdravljenju organiziranem s strani družbe Further v bolnišnici izven Slovenije, ima zavarovanec tudi pravico do dodatnih dveh storitev po tej zavarovalni polici in sicer:

A. Second Expert Medical Opinion (drugo ekspertno zdravniško mnenje)

B. Medical Concierge (najboljša oskrba)

Ti dve storitvi lahko zavarovanec koristi 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) kakršnakoli predobstoječa stanja oziroma predhodne obstoječe bolezni, kot je opredeljeno v 1. členu pogojev.

Zavarovanec lahko uveljavlja pravico do dodatnih storitev, pod pogojem, da so plačane vse premije, ki so zapadle v plačilo pred dnevom izvajanja takšnih storitev.

2-A) Storitev Second Expert Medical Opinion (drugo ekspertno zdravniško mnenje)

Storitev Second Expert Medical Opinion (drugo ekspertno zdravniško mnenje) obsega 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.

Družba Further bo najprej potrdila, ali vaša bolezen oziroma stanje izpolnjuje pogoje za uveljavljanje storitve Second Expert Medical Opinion (drugo ekspertno zdravniško mnenje) po tem, ko opravi prvo oceno zdravstvenega primera, na podlagi izključitev od točke a) do točke e) navedenih v tem členu splošnih pogojev. Zavarovanec lahko koristi to storitev po šestih mesecih od datuma začetka zavarovanja.

2-B) Medical Concierge (najboljša oskrba)

Storitev Medical Concierge (najboljša oskrba) predstavlja celostno načrtovanje 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.

Storitev Medical Concierge (najboljša oskrba) se lahko uveljavlja samo v primerih, za katere je bila že izvedena

storitev Second Expert Medical Opinion opisana pod 2-A in kadar se zavarovanec odloči za zdravljenje izven Slovenije, ki je bilo priporočeno v zdravstvenem poročilu, pripravljene v okviru storitve Second Expert Medical Opinion (drugo ekspertno zdravniško mnenje).

Storitvi 2-A in 2-B ne krijeta stroškov zdravljenja, dodatne diagnostike ali osebnih posvetovanj.

Krita so stanja opredeljena v 6. členu in sicer do višine zavarovalnih vsot opredeljenih v 7. členu.

6. člen: KRITE BOLEZNI IN ZDRAVSTVENI POSTOPKI

1. Zavarovanje krije stroške potovanja, namestitve in vrnitve v domovino, kakor tudi dnevno nadomestilo za vsakih 24 ur, ki jih zavarovana oseba preživi na zdravljenju, organiziranem s strani družbe Further v bolnišnici, za naslednje bolezni in zdravstvene postopke zunaj Republike Slovenije:
 1. **zdravljenje raka:** zdravljenje katerekoli 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 spodaj), ki bodo nastali v povezavi s potovanjem, namestitvijo in vrnitvijo v domovino, za krite bolezni in zdravstvene postopke navedene v 6. členu teh pogojev.

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

- 10.000 EUR je omejitev na zavarovanca za posamezno zavarovalno leto za stroške potovanja povezane z zdravljenjem v organizaciji družbe Further;
- 10.000 EUR je omejitev na zavarovanca za posamezno zavarovalno leto za stroške namestitve povezane z zdravljenjem v organizaciji družbe Further;
- 6.000 EUR je omejitev na zavarovanca za posamezno zavarovalno leto za stroške dnevnega nadomestila zaradi hospitalizacije povezane z zdravljenjem v organizaciji družbe Further.

2. Zavarovanje krije stroške za potovanje do zavarovalne vsote:
 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 Further. Vse dogovore v zvezi s potovanjem izvede družba Further. 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 Further 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 Further, bo

zavarovanec moral zavarovalnici in/ali družbi Further poravnati vse stroške povezane z novimi dogovori v zvezi s potovanjem, razen če so bile spremembe potrjene s strani družbe Further, 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 Further.
- 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 Further. 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 Further, kot relevantno v okviru pogojev in v skladu z zavarovalno polico.

3. Zavarovanje krije stroške nastanitve do zavarovalne vsote:

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 Further. Vse dogovore v zvezi z nastanitvijo izvede družba Further. Zavarovalnica ne bo plačala nobenih drugih stroškov, ki bi nastali zaradi odgovorov v zvezi z nastanitvijo izvedenih s strani zavarovanca ali katerekoli tretje osebe v imenu zavarovanca.
2. Družba Further 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 Further 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 Further poravnati vse stroške povezane z novimi dogovori v zvezi z nastanitvijo, razen če so bile spremembe potrjene s strani družbe Further, kot nujne z vidika medicinskega stališča.
5. Kritje stroškov nastanitve bo vključevalo:
 - 5.1 rezervacije za dvoposteljno sobo ali sobo z dvema posteljama v visoko kvalitetnem hotelu (3 ali 4 zvezdice), 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.

4. Zavarovanje krije stroške za vrnitev v domovino do zavarovalne vsote:

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.

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 Further in organiziran po tej polici, je zavarovanec upravičen do izplačila 100 EUR za vsako bolnišnično nočitev, vendar največ za 60 nočitev v zavarovalnem letu.

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 (razglašeni ali ne), terorizmu, neredih, nemirih, uporih, vstajah ali dejanjih agresije.
2. bolezni ali škoda zavarovanca ali kakršnikoli dogodki ali njihove posledice, ki jih neposredno povzroči 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 razglašeni 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. kakršnakoli predobstoječa stanja oziroma predhodne obstoječe bolezni, kot je opredeljeno v 1. členu pogojev.
2. kakršnakoli stanja, za katera je storitev drugega zdravniškega mnenja zahtevana v prvih šestih mesecih od začetnega datuma storitve.
3. eksperimentalno zdravljenje, kakor tudi tisti diagnostični, terapevtski in/ali kirurški posegi, katerih varnost in zanesljivost ni bila ustrezno dokazana.
4. 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.
5. vsaka storitev, ki ni zdravstveno nujna za zdravljenje krite bolezni ali zdravstvenega postopka, kot je opisano v 6. členu teh zavarovalnih pogojev.
6. zdravljenje za bolezni, za katere predstavlja najučinkovitejše zdravljenje presaditev organov.

7. vsaka bolezen, ki je bila povzročena zaradi presaditve organa, razen v primeru, da je ta bolezen vključena med krite bolezni ali v medicinskem postopku.
8. vsaka zdravniška oskrba, ki ne zahteva minimalno ene nočitve v bolnišnici.

4. Specifične izključitve:

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 Second Expert Medical Opinion (drugo ekspertno zdravniško mnenje), kot je navedeno v 13. členu teh pogojev.
 3. vsakršni stroški za zdravljenje v Sloveniji ali v tujini. Vsakršni stroški, ki nastanejo pred izdajo predhodnega zdravniškega potrdila.
 4. vsakršni stroški, ki nastanejo v drugi bolnišnici od pooblaščenca, ki je navedena v predhodnem zdravniškem potrdilu.
 5. vsakršni stroški, ki nastanejo brez upoštevanja določil postopka o uveljavljanju zahtevkov iz 13. člena teh pogojev.
 6. vsakršni stroški, povezani z uporabo alternativne medicine, tudi ko je ta posebej predpisana s strani zdravnika.
 7. vsakršni stroški povezani z zdravstveno oskrbo v primeru cerebralnega sindroma, senilnosti ali možganske okvare ne glede na njihovo stopnjo razvoja.
 8. 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**
 - Katerikoli tumor ob prisotnosti sindroma pridobljene imunske pomanjkljivosti (AIDS), razen če je ta posledica nezgodne 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. Premijo je možno plačevati letno ali v obrokih (polletno, četrletno ali mesečno).
3. Dogovorjeno premijo je zavarovalec dolžan plačevati v dogovorjenih rokih in na dogovorjeni način.

4. 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.
5. 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 odpade 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 kritega zdravstvenega postopka, opredeljenega v 6. členu teh pogojev, ravnati v skladu s spodaj opisanim postopkom. Upoštevanje postopka uveljavljanja zahtevkov je predpogoj za prejem katerekoli zavarovalne storitve 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 Further o morebitnem zahtevku in od nje zahtevati storitev drugega zdravniškega mnenja, poznanega pod imenom Second Expert Medical Opinion (drugo ekspertno zdravniško mnenje). Zavarovancu se sporočijo zahtevana potrebna navodila, da se zaključi postopek Second Expert Medical Opinion (drugo ekspertno zdravniško mnenje), vključno o zavarovančevem podpisanim pooblastilu, ki družbi Further dovoljuje naročanje ustreznih diagnostičnih preiskav in zdravstvenih informacij. Namen storitve Second Expert Medical Opinion (drugo ekspertno zdravniško mnenje) je potrditev diagnoze in kritja v skladu z zavarovalno polico.
2. **Ocena zahtevka in izbira mednarodne bolnišnice:** ko se zaključi postopek Second Expert Medical Opinion (drugo ekspertno zdravniško mnenje), bo zavarovancu dostavljeno 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 Further. Družba Further bo nato zavarovancu predložila seznam priporočenih bolnišnic v tujini. Zavarovanec mora nato v roku treh mesecev po prejetju poročila sporočiti družbi Further, katero bolnišnico je izbral.
3. **Predhodno zdravstveno potrdilo:** ko družba Further prejme zavarovančevo potrditev glede njegove izbire bolnišnice s seznama priporočenih bolnišnic za zdravljenje, bo družba Further:
 - organizirala in pokrila strošek potovanja in namestitve, skladno z zavarovalnimi kritji;
 - organizirala dostop do zdravstvenega posega in zagotovila zavarovancu pošteno ceno za potrebno zdravstveno storitev v izbrani bolnišnici in izdala predhodno zdravstveno potrdilo, ki velja samo za navedeno bolnišnico. Predhodno zdravstveno potrdilo, povezano z zahtevkom, omogoča zavarovancu organizacijo dostopa do zdravljenja, storitev, materiala ali receptov v izbrani bolnišnici.

Zavarovanje ne krije stroškov zdravljenja, dodatne diagnostike in osebnega posveta ali katerih drugih stroškov nastalih na osnovi organizacije zdravljenja na podlagi predhodnega zdravstvenega potrdila.

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

Izključeni so kakršnikoli stroški, povezani s potovanjem, namestitvijo in vrnitvijo v domovino, ki nastanejo v bolnišnici, ki ni navedena v predhodnem zdravstvenem potrdilu.

Izključeni so kakršnikoli stroški, povezani s potovanjem, namestitvijo in vrnitvijo v domovino, ki nastanejo pred izdajo predhodnega zdravstvenega potrdila.

4. **Plačilo:** vse dokler je zavarovanec deležen oskrbe, organizirane s strani družbe Further v okviru predhodnega zdravstvenega potrdila, bo zavarovalnica, v obsegu upravičenj zavarovanca po polici, neposredno krila stroške potovanja, namestitve in vrnitve v domovino, ki bi nastali zavarovancu, v skladu z omejitvami, izključitvami in pogoji, podrobno navedenimi v teh pogojih. Dodatno bo zavarovalnica pokrila še stroške dnevnega nadomestila zaradi hospitalizacije povezane z zdravljenjem v organizaciji družbe Further, kot je navedeno v 8. členu.
5. Zavarovanec in njegovi sorodniki morajo dovoliti obiske zdravnikov družbe Further 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 obnovibo 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.
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 Further 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 Further 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 družbi Further, in sicer na naslednji naslov:

Further Underwriting International SLU

Paseo de Recoletos 12;
Madrid 28001
Spain

E-naslov: complaints@wegofurther.com

Tel.: 080 88 12

Družba Further 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 Further, ki ureja interni postopek za reševanje pritožb. V primeru nestrinjanja z odločitvijo družbe Further lahko zavarovalec oziroma zavarovanec vložita pritožbo pri zavarovalnici.

- Zavarovalec oziroma zavarovanec lahko vložita pritožbo zoper odločitev družbe Further 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 International Underwriters DAC****C/O Further**

Paseo de Recoletos 12;
Madrid 28001
Spain

E-naslov: complaints@wegofurther.com

Tel.: 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.

- V primeru nestrinjanja z dokončno odločitvijo zavarovalnice je mogoče vložiti pritožbo pri Financial Services and Pensions Ombudsman, na:

Financial Services and Pensions Ombudsman

Lincoln House, Lincoln Place
Dublin 2
Ireland

E-naslov: info@fspoi.ieSpletna stran: www.fspoi.ie

Tel.: +353 1 567 7000

- 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

E-naslov: info@zav-zdruzenje.si

Tel.: +386 1 300 9381

Fax: +386 1 473 5692

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 Further uporabili za namene vodenja police. To med drugim vključuje: sklepanje zavarovanj, obravnavanje zahtevkov, preprečevanje goljufij in zagotavljanje kakovosti. Zbiranje osebnih podatkov se opravlja skladno z vsakokrat veljavnima Zakonom o varstvu osebnih podatkov in Zakonom o

zavarovalništvu in lahko vključuje prenos občutljivih informacij, kot so zdravstvene kartoteke in informacije o zdravstvenem stanju med zavarovalnico in/ali podjetji, povezanimi z družbo Further, družbo Further, pozavarovalnico, drugimi zavarovalnicami in morebitnimi podizvajalci, ki se lahko nahajajo tudi izven Evropske unije.

Ravnanje s takimi osebnimi podatki bo potekalo skladno z vsakokrat veljavnima Zakonom o varstvu osebnih podatkov in Zakonom o zavarovalništvu.

S sklenitvijo police zavarovanec daje svojo izrecno privolitev, da zavarovalnica, družba Further, katerikoli zavarovalni agent, ki deluje pri zavarovalnici, ali druga zavarovalnica lahko uporabi njegove osebne podatke, za zgoraj navedene namene v obsegu, dovoljenem z vsakokrat veljavnima Zakonom o varstvu osebnih podatkov in Zakonom o zavarovalništvu. 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 upravljavca podatkov in dopisu priložita kopijo osebne izkaznice oziroma potnega lista in sicer na naslednji naslov:

Data Protection Officer at AmTrust International
Underwriters Designated Activity Company
6-8 College Green,
Dublin 2, D02 VP48
Ireland

E-naslov: dpo.dublin@amtrustgroup.com
Tel.: +353 1 775 2900

Tako zavarovalec kot tudi zavarovanec se s podpisom ponudbe ali s prvim plačilom premije, če je pogodba sklenjena na daljavo strinjata, da družba Eureka 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 pooblašata družbi Further in Eureka, 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 upravljavcev osebnih podatkov in obenem uporabljata lastne evidence osebnih podatkov za namene uveljavljanja morebitnih zahtevkov po zavarovalni pogodbi. Osebnimi 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 Further.
3. Za reševanje sporov je stvarno pristojno sodišče v Ljubljani.
4. Za odnose med zavarovalnico, družbo Further, zavarovancem, zavarovalcem, upravičenci in ostalimi osebami, ki niso urejeni s temi pogoji, se upoštevajo določbe Obligacijskega zakonika in drugih predpisov Republike Slovenije.
5. Zavarovanec je upravičen do odškodnine, če zavarovalnica ni zmožna izpolniti svojih obveznosti po zavarovalni pogodbi. Zavarovanec lahko na spletni strani Centralne banke Republike Irske (Central Bank of Ireland - <https://www.centralbank.ie/>), pridobi več informacij o Irskem zavarovalniškem odškodninskem skladu (Irish Insurance Compensation Fund).
6. Sankcije: Zavarovalnica ne nudi kritja in ne bo dolžna plačati nobenega zahtevka ali zagotoviti kakršne koli ugodnosti, ki izhaja iz teh Splošnih pogojev, če bi takšno kritje ali plačilo takšnega zahtevka ali zagotavljanje takšnih ugodnosti zavarovalnico izpostavilo katerim koli sankcijam, prepovedim ali omejitvam določenim z resolucijami Združenih narodov ali trgovinskimi ali gospodarskimi sankcijami, zakoni ali predpisi Evropske unije ali Združenih držav Amerike.

**Prostovoljno zdravstveno zavarovanje
Dr Best BASIC**

V Sloveniji zastopa EUREKO:
EUREKO, d.o.o.
Leskoškova cesta 9E
1000 Ljubljana

080 88 12
info@dr-best.si
www.dr-best.si

Further Underwriting International SLU,
je zavarovalno zastopniška družba,
pooblaščenca za sklepanje zavarovalnih pogodb
v imenu družbe AmTrust International Underwriters DAC
ter odločanje o zahtevkih v zvezi s to polico.

AmTrust International Underwriters DAC
je registrirana na Irskem
pod registrsko številko 169384,
s sedežem na 6-8 College Green,
Dublin 2, D02 VP48 Irska.

Določila Splošnih pogojev zavarovanja
prevladajo nad tem reklamnim sporočilom.

Splošni pogoji FU_BA_SI_10_2021.
Veljavnost od oktobra 2021.