



Splošni pogoji za zdravstveno zavarovanje Dr Best Basic

UVODNI ČLEN

Zavarovalnica, ki izdaja to polico, je francoska zavarovalnica Axeria iard ("Axeria"). Registrirana je v poslovnem registru družb v Lyon-u s številko 352 893 200 in naslovom 26 rue du Général Mouton Duvernet, 69003 Lyon, Francija. Zavarovalnica je regulirana s Francosko zavarovalno zakonodajo in deluje pod nadzorom francoskega regulatorja Autorite de Controle Prudentiel et de Resolution (ACPR), 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS – CEDEX 09 in je registrirana pod številko 221942. Zavarovalnica ima dovoljenje za opravljanje zavarovalnih poslov v Sloveniji, skladno s prostim pretokom storitev znotraj EU in je pri ACPR vpisana z referenčno številko 221049.

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 neekskluzivni zastopnik zavarovalnice Axeria z licenco št. AJ0241 in je pooblaščen za odločanje 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 administrativni skrbnik nabora storitev, združenih pod skupnim imenom Dr Best MEDICAL CARE.

1. člen: OPREDELITEV POJMOV

Ti splošni pogoji (v nadaljnjem besedilu: pogoji) so sestavni del zavarovalne pogodbe, ki je sklenjena med zavarovalcem in Axeria iard (v nadaljnjem besedilu: zavarovalnica ali Axeria).

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 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 oslavitvi 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;

neinvaziven ali »in-situ« rak - maligni tumor, ki je omejen na epitelij, kjer ima svoj izvor in se ni razširil na stromo ali tkiva, ki obdajajo izvorno mesto. To je predinvazivni maligni tumor, diagnosticiran v začetni fazi, z ugodno prognozo v primeru popolne odstranitve;

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 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;

zahtevek - 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 Interna onal 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 zdravstveni vprašalnik in ki se pisno poda pri zavarovalnici.
2. Če se zavarovalnica s ponudbo ne strinja, mora zavarovalnica v osmih dneh po prejemu ponudbe o tem pisn obvesti 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 pooblaščen za podpis ponudbe v njegovem imenu njegov zakoni 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 subjekt viteto zavarovalnice, ki so vključeni v te pogoje v uvodnem členu in členih 15 in 17.

3. člen: TRAJANJE ZAVAROVANJA IN KRITJE

1. Zavarovanje začne velja 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 nadaljeva zavarovalnega razmerja. Takšno sporočilo mora bi 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.
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 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 odloči, 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 Further v bolnišnici pri zdravljenju za krite bolezni in zdravstvene postopke zdravstvene stroške, 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);
 - d. stroški kriti v skladu z zavarovalno polico, kot je določeno 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;
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 zahteva za krite bolezni in krite zdravstvene postopke iz 6. člena, kakor tudi za določena druga zdravstvena stanja.

Storitev Second Expert Medical Opinion (drugo ekspertno zdravniško mnenje) se izvede izključno na podlagi obstoječe diagnoze, ko gre za kompleksno, degenerativno ali življenje ogrožujoče stanje, za katerega so priporočila iz naslova storitve Second Expert Medical Opinion (drugo ekspertno zdravniško mnenje) lahko za zavarovanca dragocena, pri izbiri primernega načrta zdravljenja in posledično rezultata le-tega. Storitve se ne izvede kadar:

- a. zdravstveno stanje ni diagnosticirano s strani zdravnika;
- b. je poteklo več kot eno leto od pregleda diagnosticiranega stanja pri lečečem zdravniku oz. ni poročila o le-tem;
- c. je zavarovanec trenutno sprejet v bolnišnico in se zdravi zaradi takšnega stanja;
- d. zdravstveno stanje zahteva takojšnjo medicinsko pomoč in storitev Second Expert Medical Opinion (drugo ekspertno zdravniško mnenje), ki zahteva najmanj 4 tedne od prejema vse ustrezne dokumentacije, ne more biti izvedena pravočasno.

Ta storitev ne zajema naslednjih stanj:

- a. kratkotrajne akutne bolezni;
- b. blaga kronična stanja;
- c. psihiatrična stanja;
- d. zobozdravstvene težave;
- e. predhodne obstoječe bolezni, kot so opredeljene v členu 1.

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

Družba Further bo 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.

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

Do kritja za stroške zdravljenja v tujini, kot je opisano v 7. členu te police, je zavarovanec upravičen samo za krite bolezni in krite zdravstvene postopke iz 6. člena te police.

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, pripravljenem 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

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

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 neznanе. 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.

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 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.

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

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, mora zavarovalec in/ali zavarovanec pritožbo v pisni obliki posredovati na zavarovalno zastopniško družbo na naslednji naslov:

Further Underwriting International SLU
Paseo de Recoletos 12 Madrid 28001
Spain
E-naslov: complaints@wegofurther.com
Telefonska številka: 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.

Pisna pritožba mora vsebovati naslednje podatke: ime, priimek in naslov pritožnika, ime podjetja, zavarovalnega zastopnika, ali predmet, na katerega se pritožba nanaša, kratek opis razlogov za pritožbo in morebitna dokazila oziroma dokumentacijo, ki pojasnjuje dejstva in okoliščine pritožbe.

Če se zavarovalec in/ali zavarovanec ne strinja z odločitvijo o pritožbi ali če na pritožbo ni prejel odgovora v roku 30 dni, lahko nadaljuje postopek za izvensodno rešitev spora pri Mediacijskem centru, ki deluje v okviru Slovenskega zavarovalnega združenja (<http://www.zav-zdruzenje.si/usmeritve-in-priporocila-zavarovancem/>), tako, da predloži celotno dokumentacijo, vezano na pritožbo.

Pisno dokumentacijo je potrebno poslati na naslov:

Slovensko zavarovalno združenje
Železna cesta 14
SI-1000 Ljubljana
SLOVENIJA
Tel.: +386 (1) 300 93 81
Fax: +386 (1) 473 56 92
E-naslov: info@zav-zdruzenje.si

Zavarovalec in/ali zavarovanec lahko vloži tožbo tudi pri pristojnem sodišču.

16. člen: VARSTVO OSEBNIH PODATKOV

Družba (upravljevalec podatkov) je zavezana k varovanju in spoštovanju vaše zasebnosti v skladu z veljavno zakonodajo o varstvu podatkov ("zakonodaja").

1. KAKO UPORABLJAMO VAŠE PODATKE

Osebnne podatke, ki jih hranimo o vas, lahko uporabljamo na naslednje načine:

- Za namene zagotavljanja zavarovanja, obravnavanja zahtevkov in druge s tem povezane namene. To lahko vključuje odločitve o zavarovanju, sprejete z avtomatiziranimi sredstvi - to je za izvajanje zavarovalne pogodbe med vami in nami.
- Za ponujanje obnovitve, raziskave ali statistične namene - to je za naše zakonite interese: za analizo preteklih dejavnosti, izboljšanje naših algoritmov za ocenjevanje in pomoč pri napovedovanju prihodnjih poslovnih učinkov. Za uresničevanje naših poslovnih interesov, za izboljšanje naše ponudbe izdelkov ter za razvoj novih sistemov in procesov.
- Da vam zagotovimo informacije, izdelke ali storitve, ki jih zahtevate od nas ali za katere menimo, da bi vas lahko zanimale - če ste privolili, da vas kontaktiramo v te namene.
- Da vas obvestimo o spremembah naše storitve - za naše zakonske in regulativne obveznosti.
- Za zaščito pred goljufijami in pranjem denarja ter za izpolnjevanje splošnih zakonskih ali regulativnih obveznosti.
- za naše zakonske in regulativne obveznosti.

Občutljive (posebne) osebne podatke (kot so informacije v zvezi z zdravjem) lahko zahtevamo za posebne namene sklepanja zavarovanj in odkrivanja goljufij ali kot del postopka obravnave zahtevkov. Zagotavljanje takšnih podatkov je pogoj, da lahko zagotovimo zavarovanje ali obravnavamo zahtevke, in čeprav lahko umaknete svoje soglasje za obdelavo takšnih podatkov, to lahko povzroči, da ne bomo mogli nadaljevati zavarovanja ali obravnavati zahtevkov. Če nam posredujete takšne podatke, jih bomo uporabili le za zgoraj navedene namene in jih bomo obravnavali varno ter v skladu s tem obvestilom.

2. RAZKRITJE VAŠIH OSEBNIH PODATKOV

Vaše osebne podatke lahko razkrijemo tretjim osebam, ki sodelujejo pri zagotavljanju izdelkov ali storitev za nas, ali ponudnikom storitev, ki opravljajo storitve v našem imenu. Ti vključujejo:

- družbe iz naše skupine,
- povezane partnerje;
- posredniki, zastopniki, skrbniki tretjih oseb, pozavarovatelji in drugi zavarovalni posredniki;
- ponudniki zdravstvenih storitev;
- agencije za odkrivanje goljufij;
- likvidatorji škod;
- zunanje odvetniške pisarne;
- zunanji revizorji;
- regulativni organi in
- po potrebi v skladu z zakonom.

Vaše osebne podatke lahko razkrijemo tudi:

- v primeru, da prodamo ali kupimo katerokoli podjetje ali sredstva, lahko vaše osebne podatke razkrijemo potencialnemu prodajalcu ali kupcu takšnega podjetja ali sredstev.
- v primeru, da kateri koli del podjetja ali večino sredstev podjetja prevzame tretja oseba, bodo osebni podatki, ki jih ima podjetje o svojih strankah, eno od prenesenih sredstev.
- Za zaščito pravic, lastnine ali varnosti družbe, naših strank ali drugih.

3. MEDNARODNI PRENOSI PODATKOV

Vaše osebne podatke lahko prenesemo na destinacije zunaj Evropskega gospodarskega prostora ("EGP"). Kadar vaše osebne podatke prenesemo izven EGP, bomo zagotovili, da se bodo obravnavali varno ter v skladu s tem obvestilom o zasebnosti in zakonodajo. Podatke prenašamo samo v države, za katere Evropska komisija meni, da imajo ustrezno zaščito, če pa odločitve o ustreznosti ni, za zaščito podatkov s takimi strankami uporabljamo "standardne pogodbene klavzule", ki jih je odobrila Evropska komisija.

4. VAŠE PRAVICE

Imate pravico do:

- zahtevati, da vaših podatkov ne obdelujemo za namene trženja.
- si ogledati kopijo osebnih podatkov, ki jih hranimo o vas.
- Od nas zahtevati, da izbrišemo vse vaše osebne podatke (ob upoštevanju nekaterih izjem).
- zahtevati popravek ali izbris netočnih ali zavajajočih podatkov.
- Od nas zahtevajte, da kopijo vaših podatkov posredujemo kateremu koli upravljavcu.
- vložite pritožbo pri lokalnem organu za varstvo podatkov.

Za dostop do svojih osebnih podatkov pišite na naslov:

The Data Protection Officer
Axeria-iard, Data Protection Officer,
26 rue du Général Mouton Duvernet, CS53713,
69003 Lyon, France.

Slovenski organ za varstvo podatkov:

Informacijski pooblaščenec Republike Slovenije
Dunajska cesta 22
1000 Ljubljana +386 1 230 97 30
gp.ip@ip-rs.si
www.ip-rs.si

5. TRŽENJE

Če ste podali soglasje, lahko osebne podatke, ki ste nam jih posredovali, delimo znotraj družb v skupini in z drugimi podjetji, s katerimi vzpostavljamo poslovne povezave. Te družbe in mi vas lahko kontaktiramo (po pošti, elektronski pošti, telefonu, SMS-sporočilih ali na drug dogovorjen način), da vas obvestimo o izdelkih, storitvah ali ponudbah, za katere menimo, da vas bodo zanimali, ali da vam posredujemo komercialne novice, v skladu s podano privolitvijo.

6. HRAMBA

Vaših podatkov ne bomo hranili dlje, kot je potrebno, in jih bomo upravljali v skladu z našim pravilnikom o hrambi podatkov. V večini primerov bo obdobje hrambe trajalo deset (10) let po izteku zavarovalne pogodbe ali našega poslovnega odnosa z vami, razen če moramo podatke hraniti dlje zaradi poslovnih, zakonskih ali regulativnih zahtev.



EUREKO, d.o.o.
Leskoškova 9E
1000 Ljubljana
080 88 12
info@dr-best.si

Splošni pogoji AX-BA-SI_01_2023. Veljavnost od 1. januar 2023.

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 neekskluzivni zastopnik zavarovalnice Axeria z licenco številka AJ0241 in je pooblaščen za odločanje o zahtevkih v zvezi z zavarovalno pogodbo. Axeria Iard ("Axeria") je zavarovalnica, registrirana v Franciji s številko 352 893 200 in naslovom 26 rue du Général Mouton Duvernet, 69003 Lyon, Francija.