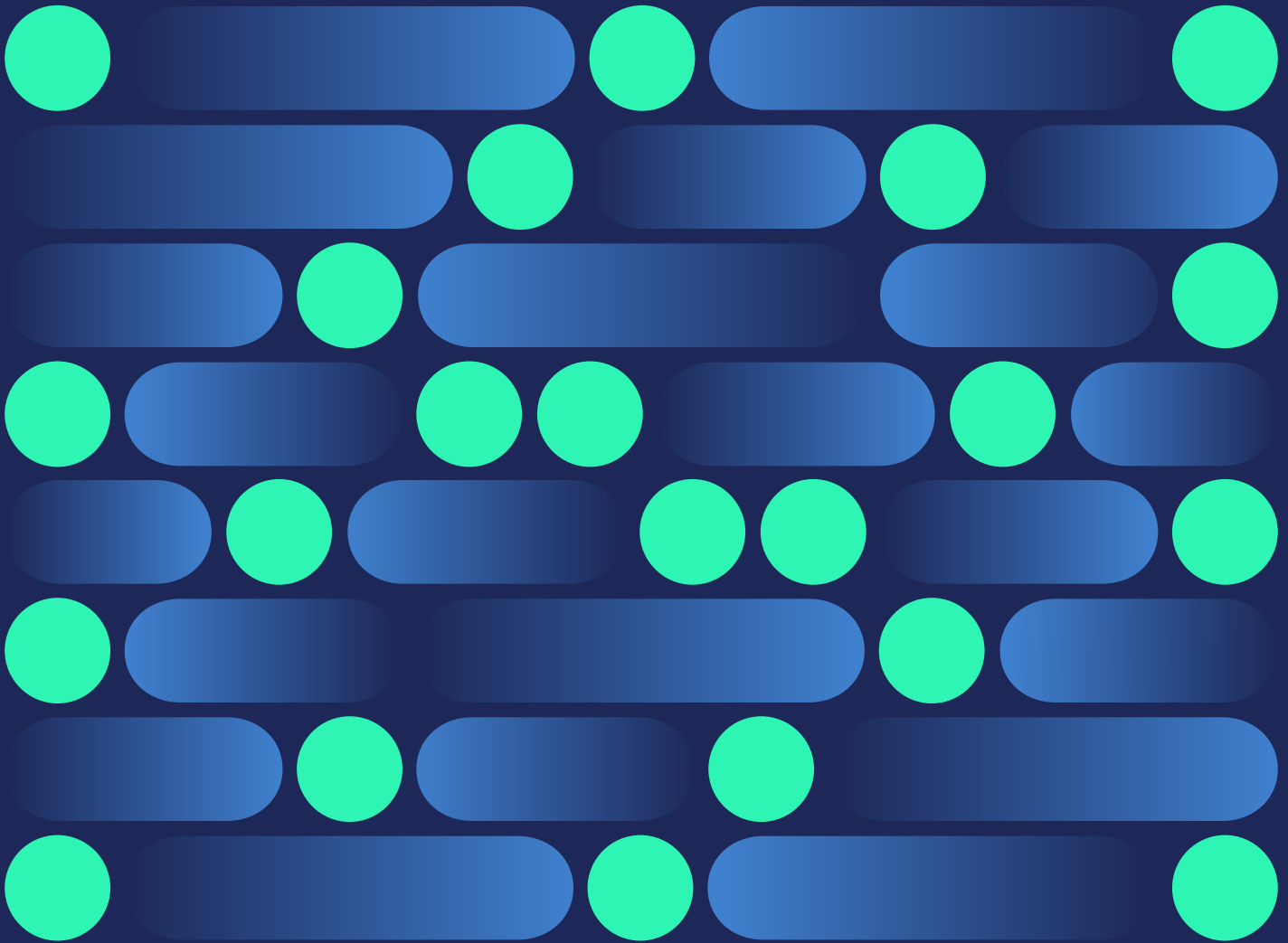


Ljudi, ki se soočajo z zdravstvenimi težavami, povezujemo s tistimi, ki jim lahko najbolj pomagajo.



Soočenje s težjo boleznijo je stresno že brez skrbi o pravilnosti diagnoze in zdravljenja.

Zelo verjetno je, da bomo v življenju prejeli vsaj eno napačno diagnozo, med zdravljenjem pa nato ne bomo dobili najboljše pomoči in podpore, ki jo takrat potrebujemo. Tudi v dobro delujočih zdravstvenih sistemih namreč včasih zmanjka možnosti in rešitev za posameznika.

Odgovore na vsakodnevna zdravstvena vprašanja na drugi strani pogosto iščemo na spletu. Če bi imeli dostop do pravih zdravnikov specialistov preko aplikacije, bi se lahko tu in tam tudi izognili čakalnici, si prihranili skrbi na potovanju in hitro pridobili dodatna zagotovila in informacije.

Imamo odgovore na vsakodnevna zdravstvena vprašanja in rešitve za najtežje zdravstvene izzive.

Z našimi storitvami se dvomi razblinijo, vaše možnosti zdravljenja pa pomembno razširijo.

Vsakodnevna zdravstvena vprašanja - storitev Abi

Napišite hitro vprašanje ali vzpostavite videoklic s slovenskimi zdravniki, ki so vam 24 ur in 7 dni v tednu na voljo v vaši izbrani aplikaciji za klepet. (Messenger, WhatsApp, Viber, ...).

Pravilnost diagnoze in načrt zdravljenja - drugo ekspertno zdravniško mnenje

Izbrali bomo enega od vrhunskih svetovnih zdravnikov specialistov, ki bo preveril pravilnost diagnoze in zdravljenja. Vaš primer bo temeljito preučil in dobili boste celovito, v slovenščino prevedeno poročilo s priporočili, ki temeljijo na najnovejših razpoložljivih medicinskih dognanjih. Tako boste povsem prepričani v postavljeno diagnozo.

Zdravljenje v najboljših klinikah v tujini - Critical Advantage™

Critical Advantage™ nastopi ob težjih diagnozah – takrat, ko se sprašujemo, kakšne so naše možnosti zdravljenja in kdo nam lahko pri tem najbolj pomaga. Tako z izborom najboljših klinik po vsem svetu, kot tudi z organizacijo, izvedbo in plačilom vsega potrebnega, da se čimbolje spopademo z najhujšimi zdravstvenimi stanji.

Critical Advantage™ je vaša odločilna prednost

Drugo ekspertno zdravniško mnenje najboljših zdravnikov in zdravljenje težjih bolezni v priznanih centrih po vsem svetu v vrednosti do 1.000.000 EUR ali 2.000.000 EUR.

Pripada vam najboljša oskrba in celovita podpora med zdravljenjem težjih bolezni. Ko vam diagnosticirajo resno bolezen, kot je rak, težje obolenje srca, nevrološke težave, ali če potrebujete presaditev organa, organiziramo zdravljenje in krijemo stroške zdravljenja v najboljših klinikah v tujini.

Najboljše klinike v tujini

Partnerska družba Further poišče ustreznega specialista (med 50.000 izbranimi najboljšimi) in najprimernejšo bolnišnico za vašo diagnozo v tujini. Naši člani se med drugim zdravijo v klinikah MD Anderson v Madridu, Charité in Helios v Berlinu, Martini-Klinik am UKE v Hamburgu, v univerzitetnih bolnišnicah Leipzig, München in Rechts der Isar ter na Evropskem inštitutu za onkologijo v Milanu.

Organizacija zdravljenja in plačilo stroškov

Z družbo Further uredimo termine, namestitvev in potovanje od vaših vrat do izbrane klinike - slednje tudi za dodatno osebo po vaši izbiri. Na lokaciji vas pričaka prevajalec in vedno smo vam na voljo za kakršnakoli vprašanja in pomoč. Zato se lahko prepustite naši organizaciji in se osredotočite na okrevanje.

Zavarovalnica Axeria iard krije stroške zdravljenja najtežjih bolezni kjerkoli po svetu (izven Slovenije), skladno z zavarovalnimi pogoji – in sicer do 1.000.000 EUR letno za paket Standard Critical Advantage™ in do 2.000.000 EUR letno za Premium Critical Advantage™. Vsote so zasnovane na podlagi obsežnih izkušenj družb Further, Teladoc in Axeria.

Premium Critical Advantage™

Paket z višjimi kritji, potovanjem v poslovnem razredu, namestitvijo najvišje kategorije, izplačilom enkratnega zneska v višini 20.000 EUR po zdravljenju krite bolezni v tujini ter DNK analizo podjetja Geneplanet (brezplačna po dveh letih).

V sodelovanju z družbo Further

Further Underwriting International SLU je družba z dolgoletnimi izkušnjami, ki v sodelovanju z najboljšimi specializiranimi podjetji, kot je na primer družba Teladoc, zagotavlja storitvi drugega ekspertnega zdravniškega mnenja (Second Expert Medical Opinion) in organizacije zdravljenja v tujini (Medical Concierge).

Because life matters most.
further.

Kaj storiti, ko dobim diagnozo težje bolezni?

Brezplačna telefonska številka

080 88 12

Ob soočenju s težjo boleznijo se pojavijo številni dvomi. Takoj nas pokličite in skupaj jih bomo poskušali kar najhitreje odpraviti.

Pozorno preberite navodilo za uveljavljanje zahtevka za koriščenje drugega ekspertnega zdravniškega mnenja in zdravljenja v tujini.

1

Pokličite nas

To je prvi korak. Naš zdravnik primarij v Sloveniji bo pregledal vašo zdravstveno dokumentacijo, izvide in simptome in skupaj se bosta v telefonskem pogovoru odločila, ali so potrebne še kakšne dodatne preiskave. Tako zagotovimo, da boste drugo ekspertno zdravniško mnenje enega od vrhunskih svetovnih specialistov kar najbolje izkoristili. Ta postopek imenujemo medicinski sprejem. Asistent vam bo hkrati razložil vse o začetku postopka drugega ekspertnega zdravniškega mnenja. Ta je bistven za potrditev vaše diagnoze in za nadaljnja priporočila glede najprimernejšega zdravljenja.

2

Rešimo vas dvomov

Second Expert Medical Opinion (drugo ekspertno zdravniško mnenje): zberemo ustrezne zdravstvene podatke, kot so diagnoza, zdravstvena anamneza in izvidi. Nato z družbo Further izberemo najprimernejšega strokovnjaka, ki bo s podrobnim poročilom potrdil vašo diagnozo in priporočil najprimernejše zdravljenje. Posredujemo vam prevedeno poročilo zdravnika specialista, ki ga morate natančno preučiti. Skupaj se odločimo, ali je potrebno tudi zdravljenje v tujini (v primeru težjih bolezni, ki so vključena v kritje zdravljenja v tujini). V primeru nedvomnih diagnoz, ki zahtevajo takojšnje zdravljenje, pa lahko drugo mnenje tudi preskočimo in pričnemo z organizacijo zdravljenja v tujini takoj.

3

Ponudimo vam rešitve

Če se skladno s priporočili zdravnika specialista odločite za zdravljenje v tujini, družba Further z uporabo podatkovnih analiz poišče najprimernejšo bolnišnico/zdravstveno ustanovo in pomaga izbrati najboljšo možnost. Naročili vas bomo pri zdravnikih in poskrbeli za sprejem v bolnišnico. Uredili bomo vse potrebno za potovanje (letalske vozovnice, prevoze in nastanitev). Tako za vas kot za spremljevalca po vaši izbiri. Na lokaciji vas bo pričakal prevajalec, ki vam bo v pomoč pri pogovoru z zdravstvenim osebjem.

4

Zanesite se na svojega asistenta

Vselej bomo ob vas, pripravljeni na vaša vprašanja. Ko nas boste potrebovali, vam bomo pomagali z vsemi pojasnili, med celotnim postopkom pa vam bomo posredovali vse potrebne informacije. Vi se morate namreč osredotočiti na zdravljenje in okrevanje.

Kaj moram še vedeti?

Krite bolezni in zdravstveni postopki za zdravljenje v tujini

Zdravljenje rakavih obolenj

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

Obvodna operacija koronarne arterije (srčna revaskularizacija)

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

Zamenjava ali popravilo srčnih zaklopk

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

Nevrokirurgija

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

Presaditev organa/tkiv živega darovalca

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

Ozemeljska veljavnost

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

Starostne omejitve

(Velja za Critical Advantage™, pri paketu Dr Best Basic ni starostnih omejitev.)

- Najnižja vstopna starost: 31 dni
- Najvišja vstopna starost: 64 let
- Veljavno do starosti največ 84 let

Zavarovalne vsote in omejitve

Storitev krije drugo ekspertno zdravniško mnenje in zdravstvene stroške zavarovanca, ki izhajajo iz zdravljenja kritih bolezni in zdravstvene postopke do višine zavarovalnih vsot v skladu s splošnimi pogoji, prikazanih v tabeli na naslednji strani.

Zdravstveno stanje

(velja za Critical Advantage™)

Na začetku sklepanja izpolnite zdravstveni vprašalnik. Paket Dr Best Basic lahko izberete ne glede na zdravstveno stanje, pri paketih Critical Advantage™ pa veljajo omejitve pri določenih zdravstvenih stanjih za obdobje zadnjih desetih let. O življenjskem stilu ne sprašujemo.

Trajanje in odpoved pogodbe

Pogodba se vsako leto samodejno obnovi. V kolikor ne želite več obnove, nas o tem pisno obvestite vsaj dva meseca pred datumom poteka, zapisanim na polici. S potekom veljavnosti pogodbe prenehajo vsa kritja. Od pogodbe lahko odstopite tudi v prvih 14 dneh od začetka veljavnosti.

Zavarovanja in omejitve	Premium Critical Advantage™	Standard Critical Advantage™	Dr Best Basic
Abi – slovenski zdravniki preko aplikacij za klepet	✓	✓	✗
Drugo ekspertno zdravniško mnenje brez karence (Second Expert Medical Opinion)	✓	✓	✓
Organizacija zdravljenja v tujini (Medical Concierge)	✓	✓	✓
Zdravljenje kritih bolezni ali medicinski postopek po zavarovani osebi letno do	2.000.000 EUR	1.000.000 EUR	✗
V celotnem življenju zavarovane osebe v času veljavnosti police do	4.000.000 EUR	2.000.000 EUR	✗
Nadomestilo za nočitev v bolnišnici v primeru hospitalizacije izven Slovenije zaradi zdravljenja kritih bolezni ali medicinskega postopka, ki ga je prej odobrila družba Further (največ za 60 nočitev v okviru enega zavarovalnega primera)	200 EUR	100 EUR	100 EUR
Kritje stroškov zdravil, kupljenih v Sloveniji po končanem zdravljenju	50.000 EUR	50.000 EUR	✗
Kategorija hotela v času zdravljenja zunaj Slovenije	5*	3 do 4*	3 do 4*
Prevoz na zdravljenje in nazaj z letalom/vlakom	Poslovni razred	Ekonomski razred	Ekonomski razred
Izplačilo enkratnega zneska 20.000 EUR po prvi terapiji krite bolezni ali medicinskega postopka	✓	✗	✗
GenePlanet Premium DNA	✓**	✗	✗

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

**Doplačilo za Premium DNA analizo: 100 EUR za koriščenje takoj oz. v prvem letu, 50 EUR za koriščenje v drugem letu, brezplačno za koriščenje v tretjem letu ali kasneje.

Zavarovalni vsoti za bolnišnični dan in za stroške zdravil sta vključeni v letni in vseživljenjski limit zavarovalnih vsot.

V letni in vseživljenjski limit so vključeni tudi stroški prevoza in nastanitve zavarovanca in spremljevalca, ki potuje skupaj z zavarovancem zaradi zdravljenja krite bolezni. Podrobne definicije in zavarovalne vsote so navedene v splošnih pogojih in zavarovalni polici.

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



Slovenski zdravniki preko aplikacij za klepet in videoklica



Abi je v pomoč pri vsakdanjih zdravstvenih vprašanjih, ki ne zahtevajo kliničnega pregleda. Ponuja takojšnje odgovore, ki bi jih sicer iskali v spletnih iskalnikih ali pa zanje nepotrebno sedeli v čakalnici. Strokovne medicinske informacije vam priskrbimo hitro in preprosto - s tem vam prihranimo čas in pomagamo do pravilne odločitve o nadaljnjih korakih.

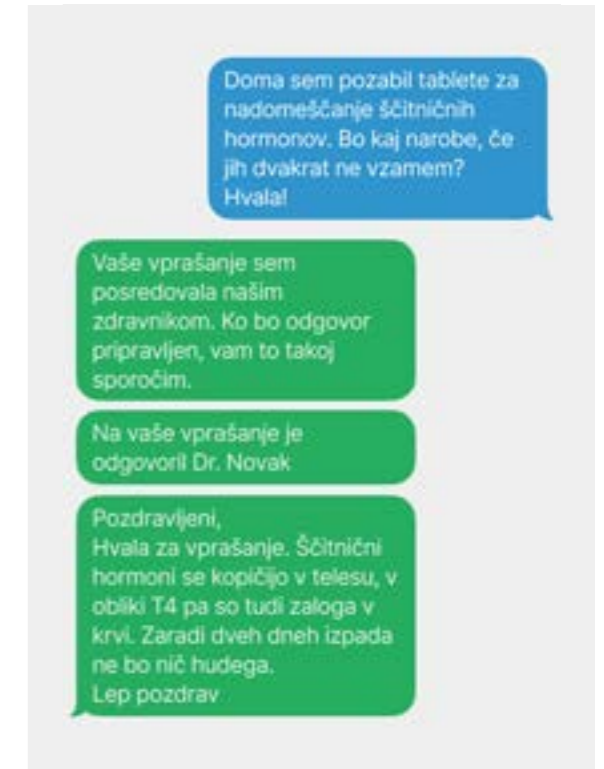
Naši člani s pomočjo Abi pogosto preverjajo simptome, želijo dodatne informacije in potrditev, vprašajo za interpretacijo izvidov in rezultatov, iščejo farmakološke nasvete, v manjši meri pa tudi nasvete za napotitev k zdravniku.

Največ posvetovanj je iz področij splošne medicine, dermatologije, ortopedije in

travmatologije, kardiologije, pa potem tudi ginekologije in posvetovanja o dojenju na primer. Storitev Abi je priročna tudi za starše z majhnimi otroci, saj si s tem prihranite marsikateri nepotreben obisk z otrokom pri pediatru. Vprašanje je namreč mogoče postaviti tudi za družinske člane in prijatelje ali pa se s pediatrom hitro povezati prek videoklica.

Povprečen odzivni čas za odgovor s strani zdravnika je manj kot 5 minut.

Izbrali bomo enega od vrhunskih svetovnih zdravnikov specialistov, ki bo preveril pravilnost diagnoze in zdravljenja. Vaš primer bo temeljito preučil in dobili boste celovito, v slovenščino prevedeno poročilo s priporočili, ki temeljijo na najnovejših razpoložljivih medicinskih dognanjih. Tako boste povsem prepričani v postavljeno diagnozo.



1

Odprite klepet z Abi v najljubši aplikaciji, kot so WhatsApp, Viber ali Messenger, s katero ste se registrirali in napišete »Zdravo Abi«. Izberite med možnostima klepeta in videoklica.

2

Postavite zdravstveno vprašanje (pri videu najprej na kratko opišete težavo). Abi vas z uporabo umetne inteligence glede na naravo vašega vprašanja poveže z ustreznim zdravnikom v Sloveniji.

3

Zdravnik v obliki besedila odgovori v povprečju v manj kot petih minutah. Ne glede na dan in uro. Tudi na video povezavo je potrebno počakati le nekaj minut.

4

Komunikacija je iz vaše strani anonimna in poteka v slovenskem jeziku. Zato lahko brez skrbi pošljete tudi fotografije sprememb na telesu, laboratorijskih izvidov in podobno. Po video klicu zdravnik pripravi kratko poročilo.

Test Premium DNA

Odklenite svoj celoten genom in odkrijte, kakšna je za vas optimalna prehrana, koliko vadbe in spanja potrebujete, kako obvladujete stres in kako najbolje skrbite za svoje zdravje.

Več znanja, več zdravja - z doživljenjsko brezplačnimi novimi analizami. Že sedaj je v aplikaciji več kot 100 analiz.

Test Premium vsebuje:

MyLifestyle test (94 analiz)

Vaše genetske predispozicije razkrijejo, katere vsakodnevne navade vas vodijo do zdravja in dobrega počutja.

Prehrana in teža (47 analiz)

Pozabite na popularne diete in odkrijte, kako vam lahko geni pomagajo najti najboljšo pot do zdrave teže.

Šport in rekreacija po vaši meri (15 analiz)

Spoznajte, katere športne aktivnosti najbolj ustrezajo genetskim lastnostim vašega telesa. Z njihovo pomočjo boste lažje dosegli cilje in si zagotovili odlično počutje.

Telo in um (32 analiz)

Odkrijte genetske predispozicije, pomembne za močan imunski sistem – od vitaminov in mineralov do telesne aktivnosti, stresa in spanca. S poznavanjem svojih genetskih nagnjenj za stres, spanje in osebnostne lastnosti lahko učinkoviteje premagujete vsakodnevne izzive in izboljšate produktivnost.

MyOral (ena analiza)

test mikrobioma

Spoznajte svoj ustni mikrobiom in z upoštevanjem personaliziranih priporočil ustvarite optimalno okolje za zdrave zobe in ustno higieno.

MyHealth test (21 analiz)

ocena tveganja za bolezni in okužbe ter priporočila za pravočasno preventivo

Odkrijte svoje tveganje za različne vrste bolezni, tudi najhujših. Npr. raka, srčno-žilnih bolezni, hude oblike Covid-19 in še več o delovanju vašega imunskega sistema. Odkrijte, ali ste zaradi svojih genov bolj ali manj dovzetni za določene bolezni in okužbe ter obvarujte svoje zdravje s personaliziranimi priporočili o življenjskem slogu in medicinskih presejalnih programih.

MyAncestry (18 analiz)

test genetske zgodovine

Sledite svojim genom tisoče let v preteklost, odkrijte, koliko genoma si delite z neandertalci, in raziščite svoje genetske predispozicije za izbrane lastnosti kot na primer sposobnost učenja iz napak ter sposobnost epizodičnega spomina, vašo odpornost na mraz, vaše predispozicije za gostoto in debelino las ter barvo oči, občutljivost na bolečino, odziv telesa na pike komarjev,...

Preventivna skrb za zdravje (MyHealth)

Če veste, da imate genetsko nagnjenost k razvoju hipertenzije, lahko zmanjšujete tveganje za razvoj bolezni s preventivo. Podobno lahko posameznikom z genetsko nagnjenostjo k določenim vrstam raka koristijo zgodnejši in pogostejši pregledi za raka.

Tveganje za raka (PRS) (10 analiz)

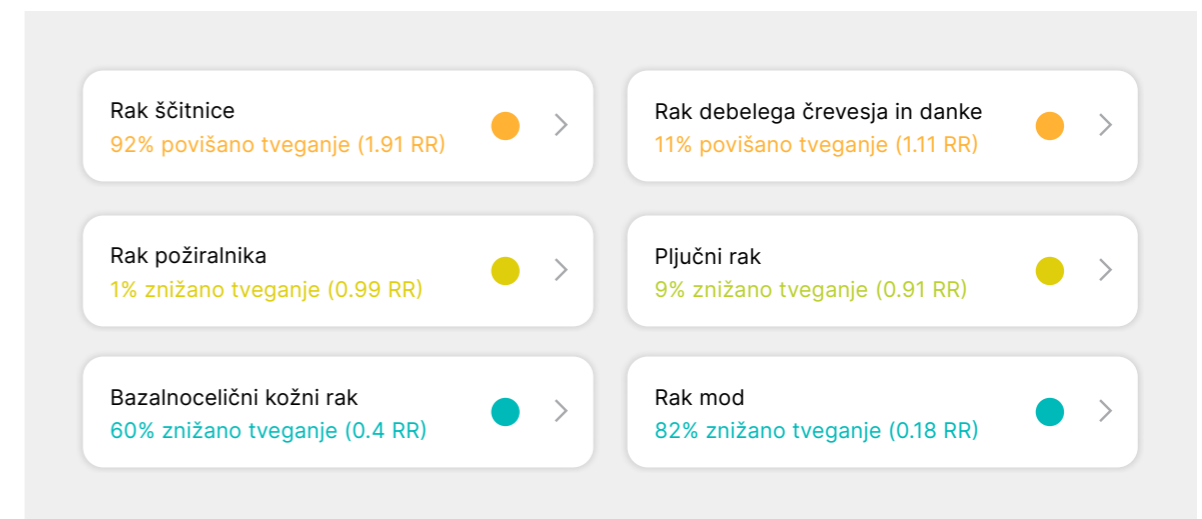
- rak dojke
- rak debelega črevesa
- rak pljuč
- rak prostate
- ploščatocelični kožni rak
- bazalnocelični kožni rak
- rak mod
- maligni melanom
- rak požiralnika
- rak ščitnice

Tveganje za srčno-žilne bolezni (PRS) (3 analize)

- atrijska fibrilacija
- bolezen koronarnih arterij
- možganska kap

Imunski sistem (8 analiz)

- krvna skupina ABO
- COVID-19 – potek bolezni
- COVID-19 – dovzetnost
- tifus in paratifus – dovzetnost
- virus HIV – odpornost
- malarija (P. falciparum) – dovzetnost
- malarija (P. vivax/knowlesi) – odpornost
- norovirusi – odpornost



PRS = Poligenski pristop

Kar preprosto povedano pomeni, da gledamo več genov, ki posamezno nimajo pomembnega učinka na bolezen, kadar pa jih gledamo več skupaj, pa lahko ocenimo tveganje in ali je le-to povečano ali zmanjšano.

Splošni pogoji za zdravstveno zavarovanje Critical Advantage™

AX-SCA-SI-01_2023

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 27 rue Maurice Flandin, 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 (v nadaljnjem besedilu: zavarovanje) se je mogoče zavarovati za namen koriščenja storitve Second Expert Medical Opinion in storitve Medical concierge (najboljša oskrba). Zavarovanje krije drugo ekspertno zdravniško mnenje, stroške zdravljenja kritih boleznih in zdravstvenih postopkov po vsem svetu, razen v Sloveniji, do višine dogovorjenih zavarovalnih vsot.

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

alternativna medicina - zdravstveni sistemi in sistemi zdravstvenega varstva, prakse in izdelki, ki se ne upoštevajo kot del uradne medicine ali standardnih zdravljenj, ki vključujejo tudi, vendar niso omejeni na: akupunkturo, aromaterapijo, kiropraktiko, homeopatsko medicino, naturopatsko medicino in osteopatsko medicino;

bolezen - vse nenaključne spremembe zdravstvenega stanja osebe, ki jih diagnosticira in potrdi zdravnik z uradno licenco za izvajanje takšne dejavnosti. Bolezen vključuje vse poškodbe in posledice nastale zaradi iste nezgode ter vse bolezni, ki izvirajo iz istega ali sorodnega vzroka. Če bolezen izvira iz istega vzroka kot pretekla bolezen ali iz z njo povezanih vzrokov (vključno s posledicami ali zapleti, ki izhajajo iz pretekle bolezni), se bolezen šteje za nadaljevanje pretekle in ne za novo bolezen;

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 ("Further"), je zavarovalno zastopniška družba, ki zastopa zavarovalnico Axeria in nudi naslednje zdravstvene storitve, povezane z zavarovalno polico: Drugo ekspertno zdravniško mnenje (Second Expert Medical Opinion) in organizacijo zdravljenja v tujini (Medical Concierge).

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 (organizacija zdravljenja v tujini) - 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 omogočajo družbe, ki se ukvarjajo z zdravstvenimi storitvami na zahtevo družbe 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 notranost telesa s strani kirurga v bolnišnici in ki običajno zahtevajo uporabo operacijske dvorane;

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

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

poškodba - škoda, prizadejana telesu zavarovanca;

predhodne obstoječe bolezni - katerekoli bolezni, kakor tudi njihove posledice, ki so bile diagnosticirane, zdravljene ali ugotovljene pri zavarovancu v obdobju desetih let pred datumom začetka zavarovanja;

predhodno zdravstveno potrdilo - pisna odobritev družbe Further, ki vključuje potrditev kritja v skladu z zavarovalno polico pred izvedbo storitev v navedeni bolnišnici, zunaj države v kateri je stalno prebivališče zavarovanca, in sicer za katerokoli zdravljenje, storitev, material ali recepte, ki so povezani z zahtevkom po polici;

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

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

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

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

teroristično dejanje - dejanje, ki med drugim vključuje uporabo sile ali nasilja in/ali grožnje iz le-tega s strani katerekoli osebe ali skupine oseb, ki delujejo samostojno ali v imenu ali v povezavi s katerokoli organizacijo ali vlado, storjeno zaradi političnega, religioznega, ideološkega ali podobnega namena, ki vključuje namero ustrahovanja in vplivanja na katerokoli vlado in/ali namero ustrahovanja javnosti ali dela javnosti ali uporabo biološkega, kemičnega, radioaktivnega ali jedrskega sredstva, materiala, naprav ali orožja;

upravičenja - obseg ali raven storitev in kritjja, 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. Posledice, ki izhajajo iz istega vzroka ali zdravstvenega stanja, se štejejo kot nadaljevanje prejšnjega zahtevka in ne kot samostojen zahtevek;

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 Axeria lard;

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

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

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

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

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

- nujni za zadovoljitev osnovnih zdravstvenih potreb zavarovanca;
- opravljeni na zdravstveno najprimernejši način v okolju, primernem za opravljanje zdravstvenih storitev, ob upoštevanju stroškov in kakovosti oskrbe;

- namenjeni enaki vrsti pogostosti in trajanju zdravljenja skladno z znanstvenimi smernicami zdravstvenih ali raziskovalnih org nizacij 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 drugegačnega 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.

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

- poklici v zdravstvu,
- poklici za pomoč v sili (policisti, gasilci) in pripadniki oboroženih sil,
- socialni delavci,
- zaposleni v družbah za ravnanje z odpadki;

Incident, ki je povzročil okužbo je potrebno prijaviti pristojnim organom in mora biti raziskan v skladu z uveljavljenimi postopki:

- kjer je okužba z virusom HIV nastala v fizičnem napadu ali kot posledica izrednega dogodka, ki je nastal med opravljanjem običajnih službenih dolžnosti, mora biti incident dokumentiran z negativnim testom na HIV in protitelesa in izveden v roku petih dni po incidentu;
- mora biti izveden nadaljnji preskus HIV v 12 mesecih, ki potrjuje prisotnost HIV ali protiteles;
- incident, ki povzroči okužbo, se mora zgoditi v državah članicah Evropske unije, Švici, Kanadi, Združenih državah Amerike, Avstraliji ali Veliki Britaniji.

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

2. Člen: SKLENITEV ZAVAROVALNE POGODBE

- Zavarovalna pogodba se lahko sklene na podlagi v celoti izpolnjene ponudbe, ki vključuje zdravstveni vprašalnik in ki se pisno poda pri zavarovalnici.
- Če se zavarovalnica s ponudbo ne strinja, še posebej, če se na podlagi informacij pridobljenih v zdravstvenem vprašalniku ugotovi, da zavarovanec ne izpolnjuje pogojev za sklenitev zavarovanja, mora zavarovalnica v osmih dneh po prejemu ponudbe o tem pisno obvestiti ponudnika.
- Če zavarovalnica v tem roku ni odklonila ponudbe, ki ne odstopa od pogojev, po katerih sklepa zavarovanje, in ob pogoju, da zavarovanec na podlagi informacij pridobljenih v zdravstvenem vprašalniku izpolnjuje pogoje za sklenitev zavarovanja, se šteje, da je zavarovalnica ponudbo sprejela in da je zavarovanje sklenjeno, ko je zavarovalnica prejela ponudbo.
- Če policica vsebuje napake, ki so posledica v ponudbi in drugih pisnih izjavah podanih napačnih informacij s strani zavarovalca, lahko zavarovalec take napake popravi v pisni obliki v enem mesecu po prejemu police. Če tega ne stori velja vsebina police.
- Zavarovalna pogodba velja za sklenjeno, ko zavarovalnica, zavarovalec in - v primeru, da zavarovalec in zavarovanec nista ista oseba - zavarovanec podpišejo zavarovalno polico. V primeru, da zavarovalec in zavarovanec nista ista oseba, mora ponudbo podpisati tudi zavarovanec. Če je zavarovanec mladoletna oseba, je oseba pooblaščena za podpis ponudbe v njegovem imenu njegov zakoniti zastopnik.
- Zavarovanje in vsi dodatki te pogodbe so veljavni le, če so sklenjeni v pisni obliki.
- 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.
- Upravičenec za koriščenje storitev zavarovanja je zavarovanec.
- 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.
- 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 v polici. Zavarovanje se molče podaljša vsakokrat za naslednjo zavarovalno dobo, ki znaša eno leto, razen če katera od strank pisno sporoči, da ne želi nadaljevati zavarovalnega razmerja. Takšno sporočilo mora biti podano vsaj dva meseca pred iztekom tekočega zavarovalnega obdobja. V primeru, da takšno sporočilo ne bo podano, bo policica molče podaljšana s plačilom premije s strani zavarovalca po nastopu nove zavarovalne dobe. Zavarovanje se lahko nazadnje podaljša z začetkom tistega zavarovalnega leta, v katerem bo zavarovanec dopolnil 84. leto starosti.

2. Začetek zavarovanja je vedno samo prvega dne v mesecu.

3. Zavarovanje preneha:

- tistega dne, ko zavarovanec umre ali
- tistega dne, ko postane pravnomočna sodna odločba o popolnem ali delnem odvzemu poslovne sposobnosti zavarovancu ali
- ob koncu tistega zavarovalnega leta, v katerem je zavarovanec dopolnil 84. leto starosti ali
- z odpovedjo pogodbe s strani zavarovalnice ali zavarovalca ali
- s potekom zavarovanja.

4. Zavarovalno kritje preneha:

- če zavarovanec živi zunaj Slovenije več kot 91 dni zaporedoma v kateremkoli zavarovalnem letu. Za tega zavarovanca kritje preneha takoj. Če je ta zavarovanec hkrati tudi zavarovalec, hkrati ugasnejo tudi vsa kritjja po polici za ostale zavarovance;
- ko zavarovalnica plača življenjski llimit naveden v zavarovalni polici za enega od zavarovancev, kritje za tega zavarovanca preneha takoj. Če je ta zavarovanec hkrati tudi zavarovalec, hkrati ugasnejo tudi vsa kritjja po polici za ostale zavarovance;
- Zavarovanje lahko odpove tudi zavarovalnica pod pogoji in na način kot jih določa 14. člen teh pogojev.

5. Kritje zavarovalnice se prične po preteku karenčnega obdobja, vezano na datum začetka zavarovanja in pod pogojem, da so do takrat plačane vse zapadle premije.

4. člen: SPOSOBNOST ZA ZAVAROVANJE

- Najnižja in najvišja starost osebe za sklenitev zavarovalne pogodbe, ki izpolnjuje pogoje za zavarovanje po tem členu, je 31 dni oziroma 64 let. Neveljavno je zavarovanje osebe, ki še ni stara 31 dni in osebe, ki ji je odvzeta poslovna sposobnost.
- Postopek sklenitve zavarovanja se v skladu s temi pogoji začne z izpolnitvijo ponudbe, ki vključuje zdravstveni vprašalnik za vse osebe, ki naj bi bile zavarovane s polico. Na podlagi odgovorov na vprašanja, navedena v zdravstvenem vprašalniku, bo mogoče odločiti, ali potencialni zavarovanec izpolnjuje pogoje za zavarovanje. Pritrdilni odgovor na katerokoli vprašanje, navedeno v zdravstvenem vprašalniku, ki nakazuje prisotnost določenega zdravstvenega stanja, pomeni, da oseba ne izpolnjuje pogojev za zavarovanje in zato zavarovalna pogodba ne bo sklenjena.
- Zavaruje se lahko oseba, ki ima stalno prebivališče v Republiki Sloveniji.

5. člen: PREDMET ZAVAROVANJA

- Predmet zavarovanja Critical Advantage™ po tej polici je nudenje kritjja zavarovancu za storitve in zdravstvene stroške pri zdravljenju za krite bolezni in krite zdravstvene postopke, navedene v 6. členu, kadar so izpolnjeni vsi spodaj navedeni pogoji:
 - postopek zdravljenja in postopki, opravljeni in plačani po tej polici, se izvedejo v obdobju zavarovalnega kritjja;
 - diagnoza, ki je podlaga za zdravstveni postopek, mora biti potrjena s strani storitve Second Expert Medical Opinion (drugo ekspertno zdravniško mnenje);
 - krita bolezen ali stanje ni bilo diagnosticirano in prav tako ni bilo znakov ali simptomov, povezanih s kritimi boleznimi in zdravstvenimi postopki, ki bi bili zdravstveno dokumentirani v preteklih desetih letih pred datumom začetka zavarovanja ali med obdobjem karence za zavarovanca, navedenega v polici;
 - zdravljenje je opredeljeno kot zdravstveno nujno na podlagi ugotovitev poročila Second Expert Medical Opinion (drugo ekspertno zdravniško mnenje);
 - zdravstveni stroški so v okviru zavarovalne vsote in omejitev, navedenih v 7. členu teh pogojev;
 - zdravljenje je urejeno s strani družbe Further v skladu s

postopkom uveljavljanja zahtevkov, ki je opredeljen v 13. členu teh pogojev;

- zdravstveni stroški nastanejo zunaj Slovenije, z izjemo stroškov, ki so navedeni v 6. odstavku 7. člena;
- stroški za katerekoli diagnostične postopke, zdravljenja, storitve, material ali recepte so kriti v skladu z zavarovalno polico, kot je določeno v 7. členu teh pogojev.

2. Poleg kritjja izven države, ki ga ima zavarovanec na podlagi Critical Advantage™, ima zavarovanec tudi pravico do uporabe storitve Second Expert Medical Opinion (drugo ekspertno zdravniško mnenje). To storitev 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. Storitev se ne izvede kadar:

- zdravstveno stanje ni diagnosticirano s strani zdravnika;
- je poteklo več kot eno leto od pregleda diagnosticiranega stanja pri lečečem zdravniku oz. ni poročila o le-tem;
- je zavarovanec trenutno sprejet v bolnišnico in se zdravi zaradi takšnega stanja;
- 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:

- kratkotrajne akutne bolezni;
- blaga kronična stanja;
- psihiatrična stanja;
- zobozdravstvene težave;
- 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 dnev izvajanja takšnih storitev.

Do kritjja 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.

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

- Zavarovanje krije naslednje bolezni in zdravstvene postopke zunaj Republike Slovenije:
 - 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.
 - 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 transplantanta.
 - zamenjava ali popravilo srčnih zaklopk: kirurški poseg, ki je opravljen po predlogu kardiologa, ki obsega zamenjavo ali popravilo ene ali več srčnih zaklopk.
 - nevrokirurgija: obsega katerekoli kirurške posege na možganih in/ali drugih znotraj lobanjskih strukturah tudi tam, kjer se nahajajo benigni tumorji na hrbtenjači.
 - 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

- Polica krije stroške opredeljene v tem členu (do omejitev navedenih spodaj), ki bodo nastali v povezavi s kritimi boleznimi in kritimi zdravstvenimi postopki navedenimi v 6. členu teh pogojev. Letni in vseživljenjski limiti zavarovalnih vsot za stroške krite po teh pogojih in polici so:
 - 1.000.000 EUR je omejitev na zavarovanca za posamezno zavarovalno leto;
 - 2.000.000 EUR je vseživljenjska omejitev na zavarovanca v času veljavnosti police.
- Zavarovanje krije zdravstvene stroške, odobrene s strani družbe Further:
 - v bolnišnici v zvezi z:
 - nastanitvijo, prehrano in splošno nego, ki jo zavarovanec prejme med bivanjem v bolnišnični sobi, na oddelku ali odseku bolnišnice ali na oddelku za intenzivno nego ali oddelku za opazovanje;
 - drugimi bolnišničnimi storitvami, vključno z ambulantnimi storitvami in stroške, ki so povezani s stroški dodatne postelje ali postelje za spremljevalca, če bolnišnica nudi to storitev;
 - uporabo operacijske dvorane in vsemi storitvami, ki so povezane s tem;
 - v dnevni kliniki ali v neodvisnem centru za zdravstveno varstvo, vendar le v primeru, če bi zavarovalna policia krila zdravljenje, kirurški poseg ali recept, kot če bi bilo zagotovljeno v bolnišnici;
 - pri zdravniku v zvezi s pregledom, zdravljenjem, zdravstveno oskrbo ali kirurškim posegom;
 - za obiske zdravnikov med hospitalizacijo;
 - za naslednje zdravstvene in kirurške storitve, metode zdravljenja in recepte:
 - za anestezijo in dajanje anestetikov, če storitev izvede usposobljeni anesteziolog;
 - za laboratorijske analize in patološke preiskave, rentgensko slikanje v diagnostične namene, radioterapijo, radioaktivne izotope, kemoterapijo, elektrokardiograme, ehokardiografijo, mielograme, elektroencefalograme, angiograme, računalniško tomografijo in druge podobne preiskave in metode zdravljenja, zahtevane za diagnozo in zdravljenje krite bolezni ali za kriti zdravstveni postopek, če storitev izvede zdravnik ali če se izvede pod zdravstvenim nadzorom;
 - za transfuzije krvi, dajanje plazme in seruma;
 - za stroške povezane z uporabo kisika, intravenskih raztopin in injekcij;
 - za zdravila predpisana na recept, medtem ko je zavarovanec hospitaliziran zaradi zdravljenja krite bolezni ali izvedbe kritega zdravstvenega postopka. Zdravila, predpisana za pooperativno zdravljenje, so krita še 30 dni od datuma, ko je zavarovanec zaključil stopnja zdravljenja, ki ga je bil deležen zunaj Slovenije in samo, ko so ta kupljena pred vrnitvijo v Slovenijo;
 - za prevoz z reševalnim vozilom po tleh ali zraku, ko je le-ta naveden in predpisan s strani zdravnika ter je predhodno odobren s strani družbe Further;
 - za storitve, ki jih prejme živi darovalec med postopkom odstranjevanja organa za transplantacijo zavarovancu, in nastanejo zaradi:
 - postopka preiskave za iskanje morebitnih darovalcev;
 - bolnišničnih storitev, ki jih prejme darovalec, vključno z bivanjem v bolnišnični sobi, na oddelku ali odseku bolnišnice, obroke, splošne storitve oskrbe, redno oskrbo s strani bolnišničnega osebja, laboratorijskimi preiskavami ter uporabo naprav in druge bolnišnične opreme (pri čemer so izključeni predmeti za osebno uporabo, ki se ne zahtevajo med postopkom odvzema organa ali tkiva za transplantacijo);
 - kirurških in zdravstvenih storitev, povezanih z odvzemom darovalčevega organa ali tkiva za transplantacijo zavarovancu;
 - za storitve in material za kulture kostnega mozga v povezavi s transplantacijo tkiv, ki je nudena zavarovancu. Povrnejo se le stroški, ki nastanejo od dneva prvotno zaračunanih kritij zdravstvenih stroškov dalje.
- Zavarovanje krije stroške za potovanje:
 - v tujino za zavarovanca in enega spremljevalca (ter živečega darovalca v primeru transplantacije), izključno za namen zdravljenja, ki je bilo odobreno s strani družbe 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 katerikoli tretje osebe v imenu zavarovanca;

- 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.
- 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.
- Kritje za potovanja bo vključevalo:
 - 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;
 - premljanje 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;
 - 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.
- 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.
- Zavarovanje krije stroške nastanitve:
 - 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 dogovorov v zvezi z nastanitvijo izvedenih s strani zavarovanca ali katerikoli tretje osebe v imenu zavarovanca.
 - 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.
 - 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 zavarovanca dovoljevalo potovati.
 - V primeru, da zavarovanec spremeni datum potovanja, ki mu je bil rezerviran in sporočen s strani družbe Further, 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.
- Kritje stroškov nastanitve bo vključevalo:
 - 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.
 - Izbira hotela bo predmet razpoložljivosti in le-ta bo izbran v območju 10 km oddaljenosti od bolnišnice ali zdravnika, ki izvaja zdravljenje.
 - Obroki in naključni stroški v hotelu niso kriti. Nadstandardne storitve v hotelu niso financirane s strani zavarovanja.
 - Pri tem ni omejitev glede števila kritih nočitev. Le-to bo povezano s trajanjem zdravljenja.
- Zavarovanje krije stroške za vrnitev v domovino:
 - 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 pripravijo pokojnikovo telo in da se ga pripelje v Slovenijo ter vključuje:
 - storitve, opravljene s strani pogrebnega podjetja, ki poskrbi za mednarodne povezave glede vrnitve v domovino, vključno z balzamiranjem in urejanjem dokumentacije.
 - krsto, ki ustreza osnovnim zahtevam za prevoz posmrtnih ostankov.
 - 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 plačan po tej polici, je zavarovanec upravičen do izplačila 100 EUR za vsako bolnišnično nočitev, vendar največ za 60 nočitev za vsak posamezni zahtevak. Ta prejeti znesek je sestavni del celotnega letnega in vseživljenjskega limita zavarovalne vsote navedene v 1. odstavku 7. člena.

9. člen: IZKLJUČITVE ZAVAROVALNICE

Zavarovalnica nima obveznosti plačila v primeru spodaj navedenih izključitev:

- 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:
 - bolezni ali škoda zavarovanca ali katerikoli dogodki ali njihove posledice, ki so povezane z neposrednim sodelovanjem zavarovanca v vojnah (razglašenih ali ne), terorizmu, neredih, nemirih, uporih, vstajah ali dejanjih agresije.
 - bolezni ali škoda zavarovanca ali kakršnikoli dogodki ali njihove posledice, ki jih neposredno povzročí jedrska energija ali sprostitev radioaktivnih, kemičnih ali bioloških materialov v kakršnikoli obliki.
 - 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.
 - posledice ali škoda zavarovanca kot rezultat potresov, nemirov, poplav, vulkanskih izbruhov in vseh drugih izrednih ali katastrofalnih pojavov, vključno z uradno razglašenimi epidemijami, ki jih razglasi slovenski pristojni organ.
- Ostale splošne izključitve: Zavarovalnica nima obveznosti plačila v primeru spodaj navedenih izključitev:
 - stroški iz naslova vseh bolezni ali zdravstvenih postopkov, ki niso izrecno predvideni v skladu z določili 6. člena teh zavarovalnih pogojev.
 - vsaka škoda zavarovancu zaradi alkoholizma, odvisnosti od drog in/ali mamil, povzročena zaradi zlorabe alkohola in/ali psihoaktivnih, narkotičnih ali halucinogenih drog.
 - posledice in bolezni, ki izhajajo iz poskusa samomora ali samopoškodovanja.
- Zdravstvene izključitve: Zavarovalnica nima obveznosti plačila glede naslednjih zdravstvenih izključitev:
 - stanja, ki so obstajala v obdobju 10 let pred datumom začetka zavarovanja.
 - eksperimentalno zdravljenje, kakor tudi tisti diagnostični, terapevtski in/ali kirurški posegi, katerih varnost in zanesljivost ni bila ustrezno dokazana.
 - 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.
 - vsaka storitev, ki ni zdravstveno nujna za zdravljenje krite bolezni ali zdravstvenega postopka, kot je opisano v 6. členu teh zavarovalnih pogojev.
 - zdravljenje za bolezni, za katere predstavlja najučinkovitejše zdravljenje presaditev organov.
 - vsaka bolezen, ki je bila povzročena zaradi presaditve organa, razen v primeru, da je ta bolezen vključena med krite bolezni ali v medicinskem postopku.
 - vsaka bolezen, diagnosticirana ali v povezavi s prvimi vidnimi simptomi, opaženimi med obdobjem karence, kot je navedeno v 1. členu teh pogojev.
- Specifični izključeni stroški v povezavi s Critical Advantage™: Zavarovalnica nima obveznosti za plačilo naslednjih stroškov:
 - 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.
 - 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 ali zavarovane osebe ni mogoče šteti za rezidenta Slovenije, ko ne izpolnjujejo vseh naslednjih kriterijev:
 - Zavarovana oseba ima stalno prebivališče v Sloveniji;
 - Zavarovana oseba je bila prisotna na ozemlju Slovenije za obdobje, daljše od 183 dni, v zadnjem dvanajstmesečnem fiskalnem obdobju;
 - Središče življenjskih interesov zavarovane osebe se nahaja v Sloveniji.
 - vsakršni stroški, ki nastanejo v zvezi s kakršnokoli diagnosticirano boleznijo ali zdravniško dokumentiranimi prvimi simptomi med obdobjem karence, kot je navedeno v 1. členu teh pogojev.
 - vsakršni stroški, ki nastanejo pred izdajo predhodnega zdravniškega potrdila.
 - vsakršni stroški, ki nastanejo v drugi bolnišnici od pooblaščene, ki je navedena v predhodnem zdravniškem potrdilu.
 - vsakršni stroški, ki nastanejo brez upoštevanja določil postopka o uveljavljanju zahtevkov iz 13. člena teh pogojev.
 - vsakršni stroški, ki nastanejo zaradi hospitalizacije, domače oskrbe ali storitev v rehabilitacijskem centru ali v ustanovi, hospicu ali domu starejših občanov, tudi če so tovrstne storitve potrebne ali nujne za zdravljenje krite bolezni ali izvedbo kritega zdravstvenega postopka.
 - vsakršni stroški, ki nastanejo pri nakupu (ali najemu) katerekoli vrste proteze ali ortopedskih pripomočkov, steznikov, povojev, bergel, umetnih okončin ali organov, lasulj (tudi, ko se uporaba le-teh smatra kot potrebna med kemoterapevtskim zdravljenjem), ortopedske obutve, kilnih pasov in druge podobne opreme ali pripomočkov, razen prsnih protez zaradi mastektomije in umetnih srčnih zaklopk, ki so potrebne kot posledica operacije, organizirane in plačane po tej polici in pogojih.
 - vsakršni stroški, ki nastanejo zaradi nakupa ali najema invalidskih vozičkov, posebnih postelj, klimatskih naprav, čistilnikov zraka in katerihkoli drugih podobnih predmetov ali opreme.
 - vsí farmacevtski izdelki in zdravila, ki niso bili izdani s strani farmacevta z licenco ali so dosegljivi brez zdravniškega recepta.
 - vsakršni stroški, ki nastanejo zaradi uporabe alternativne medicine, tudi ko je ta posebej predpisana s strani zdravnika.
 - vsakršni stroški zdravstvene oskrbe ali hospitalizacije v primeru cerebralnega sindroma, senilnosti ali možganske okvare ne glede na njihovo stopnjo razvoja.
 - stroški prevajalca, telefonski stroški in drugi stroški v zvezi z osebnimi predmeti ali predmeti, ki niso zdravstvene narave ali za katerakoli drugo storitev nudeno sorodnikom, spremljevalcem ali sopotnikom.
 - vsakršni stroški, ki nastanejo s strani zavarovanca ali sorodnikov, spremljevalcev ali sopotnikov, razen tistih, ki so izrecno kriti.
 - stroški, ki niso običajni ter nestandardni in nesorazmerni stroški.
 - vsakršni stroški v zvezi z rednim prevozom iz navedenega hotela v bolnišnico ali k zdravniku, ki izvaja zdravljenje.
- Zavarovalnica nima obveznosti v primeru spodaj navedenih izključenih bolezni in zdravstvenih postopkov:
 - 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.
 - V primeru kirurške koronarne revaskularizacije (miokardne revaskularizacije)** Katerakoli koronarna bolezen zdravljena z uporabo tehnik, ki ni kirurška koronarna revaskularizacija, kot so vse oblike angioplastike.
 - V primeru presaditve organa živega darovalca transplantacije tkiv**
 - Katerakoli transplantacija, če potreba po transplantaciji nastane zaradi bolezni jeter kot posledica uživanja alkohola.
 - Katerakoli transplantacija, če je transplantacija izvedena z avtotransplantatom, razen transplantatov kostnega mozga.
 - Katerakoli transplantacija, ko zavarovanec daruje organ tretji osebi.
 - Transplantanti mrtvega darovalca.
 - Katerakoli transplantacija organa, ki zahteva zdravljenje z matičnimi celicami.
 - Transplantacija, ki je omogočena z nakupom organov darovalca.

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

1. Zavarovalno vsoto in premijo sporazumno določita zavarovalec in zavarovalnica zlasti glede na izbrani premijski sistem in zavarovančevo starost ter ju vključita v zavarovalno pogodbo. 2. Premija je določena po starostnih razredih. 3. Premijo je možno plačevati letno ali mesečno v obrokih. 4. Dogovorjeno premijo je zavarovalec dolžan plačevati v dogovorjenih rokih in na dogovorjeni način. 5. Premija za to zavarovanje se plačuje najdlje do konca tistega zavarovalnega leta, v katerem je zavarovanec dopolnil 84. leto starosti ali do smrti zavarovanca. 6. Zavarovalec je dolžan poleg dogovorjene premije plačati tudi vse prispevke in davke, ki jih je dolžan plačati po veljavnih predpisih oziroma predpisih, ki bodo veljavni v času trajanja zavarovalne pogodbe. 7. Zavarovalec je seznanjen, da se premija v času trajanja zavarovanja spreminja glede na zavarovančevo starost (prehod v višji starostni razred). Višina premije se ustrežno uskladi ob koncu zavarovalnega leta, ko zavarovanec izpolni pogoj za prehod v višji starostni razred. 8. Zavarovalnica zavarovalca pisno obvesti o naslednjih spremembah, ki naj bi se uveljavile ob koncu zavarovalnega leta:

- premija za vsak starostni razred;
- zavarovalna vsota in limiti prikazani v zavarovalni polici;
- nivo in vrsta kritja in zagotovljenih storitev. Te spremembe bodo zavedene v pisnem obvestilu o obnovitvi zavarovanja, poslanem vsaj dva meseca pred iztekom zadevnega zavarovalnega leta, in bodo temeljile na oceni naslednjih dejavnikov:
- spremembe zakonov, uredb ali davčne ureditve;
- število, trajanje in stroški nastalih zahtevkov;
- število, trajanje in stroški pričakovanih bodočih zahtevkov;
- izkušnje v povezavi z zahtevki v zavarovalniški industriji;
- rast stroškov kritih medicinskih postopkov;
- tehnološke inovacije, ki se nanašajo na krite medicinske postopke;
- kakršenkoli drug razvoj okoliščin, ki lahko vplivajo na stroške zagotovljenega kritja po polici.

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

11. člen: POSLEDICE ZARADI NEPLAČANE PREMIJE

1. Če premija do zapadlosti ni plačana, preneha kritje po pogodbi po 30 dneh od dneva, ko je bilo zavarovalcu oziroma zavarovancu vročeno priporočeno pismo zavarovalnice z obvestilom o zapadlosti premije na naslov oziroma na zadnjo spremembo naslova, ki ga je zavarovalec oziroma zavarovanec dostavil zavarovalnici. Za vročanje se uporabljajo pravila o osebnem vročanju skladno z zakonom, ki ureja upravni postopek. 2. Zavarovalnica lahko po izteku roka iz prejšnjega odstavka tega člena razdre pogodbo brez odpovednega roka in izterja neplačane zapadle premije s pripadajočimi obrestmi. Razdrtje pogodbe in prenehanje kritja nastopi z iztekom roka iz prejšnjega odstavka tega člena, če je bil zavarovalec oziroma zavarovanec v priporočenem pismu z obvestilom o zapadlosti premije in prenehanju kritja iz prejšnjega odstavka tega člena o tem primerno obveščen. 3. Zavarovalec z neplačilom zavarovalne premije ne more enostransko razdreti zavarovanja.

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

1. Zavarovalec oziroma zavarovanec sta dolžna ob sklenitvi zavarovalne pogodbe prijaviti zavarovalnici vse okoliščine, ki so pomembne za ocenitev nevarnosti in so jima znane ali jima niso mogle ostati 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 odpada na čas do konca zavarovalne dobe.

5. Če zavarovanje preneha zaradi smrti zavarovanca, je zavarovalnica upravičena do premije do konca meseca, v katerem je nastopila smrt. 6. Zavarovalec oziroma zavarovanec je dolžan nemudoma obvestiti zavarovalnico o spremembi stalnega prebivališča. Če tega ne stori, se mu zaračunajo morebitni stroški, ki bi zaradi tega nastali zavarovalnici.

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

8. Zavarovalnica bo poslala pisna obvestila zavarovalcu na naslov, ki ga je zavarovalec navedel v ponudbi. V primeru, da obvestila ni bilo mogoče vročiti na ta naslov (na primer zaradi odsotnosti, zavrnitve prejetja in podobno), se šteje, da je zavarovanec prejel priporočeno pošiljko na dan poskusa vročitve in se tega dne seznanil z njeno vsebino. Navedena domneva o uspešni izročitvi pravno učinkuje na podlagi tega posebnega dogovora z zavarovalcem. Zavarovalec trpi stroške, ki bi zavarovalnici nastali zaradi tega, ker zavarovalec zaradi razlogov, navedenih v tem odstavku, ne bi opravil tistega, k čemur je bil v pisnem obvestilu pozvan.

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

13. člen: POSTOPEK UVELJAVLJANJA ZAHTEVKOV

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

1. Obveščanje o zahtevkih: zavarovanec ali katerakoli oseba, ki je pooblaščena, da zakonito nastopa v njegovem imenu, mora v najkrajšem možnem času obvestiti družbo Further (tel.: 080 88 12) o morebitnem zahtevku in od nje zahtevati storitev Second Expert Medical Opinion (drugo ekspertno zdravniško mnenje). Zavarovancu se sporočijo zahtevana potrebna navodila, da se zaključi postopek Second Expert Medical Opinion, vključno o zavarovančevem podpisanim pooblastilu, ki družbi Further dovoljuje zbiranje 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 izčrпно 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 seznamu priporočenih bolnišnic za zdravljenje, bo družba Further uredila potrebne logistične in zdravstvene zadeve za ustrezni sprejem zavarovanca v izbrano bolnišnico in izdala predhodno zdravstveno potrdilo, ki velja samo za navedeno bolnišnico. Predhodno zdravstveno potrdilo, povezano z zahtevkom, omogoča zavarovancu dostop do zdravljenja, storitev, materiala ali receptov v izbrani bolnišnici.

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

Izključeni so kakršnikoli stroški, ki nastanejo pred izdajo predhodnega zdravstvenega potrdila.

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

5. Zavarovanec in njegovi sorodniki morajo dovoliti obiske zdravnikov družbe 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.

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

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

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

Če pride do odstopa s strani zavarovalnice zaradi tega razloga, zavarovalnica obnovi kritje, če zavarovalec plača zapadlo premijo v 10 dneh od takrat, ko družba 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.

4. V primeru, da zavarovanec spremeni datum potovanja, ki mu je bil rezerviran in sporočen s strani družbe Further, 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 (5 zvezdic), vključno z zajtrkom, kar ustreza kriterijem, ki so v zavarovančevem interesu.

6. Izbira hotela bo predmet razpoložljivosti in le-ta bo izbran v območju 10 km oddaljenosti od bolnišnice ali zdravnika, ki izvaja zdravljenje.

7. Obroki in naključni stroški v hotelu niso kriti. Nadstandardne storitve v hotelu niso financirane s strani zavarovanja.

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

5. Zavarovanje krije stroške za vrnitev v domovino:

1. v primeru smrti zavarovanca (in/ali živečega darovalca v primeru transplantacije) izven države stalnega bivališča, ko ta nastopi med zdravljenjem, ki je krivo 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 pogrebne podjetja, ki poskrbi za mednarodne povezave glede vrnitve v domovino, vključno z balzamiranjem in urejanje dokumentacije.

1.2. krsto, ki ustreza osnovnim zahtevam za prevoz posmrtnih ostankov.

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

6. Zavarovanje krije stroške za zdravila:

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

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

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

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

1.4 zdravilo je mogoče kupiti v Sloveniji.

1.5 količina predpisanega zdravila na recept ne presega količine, ki se porabi v obdobju dveh mesecev. Maksimalni znesek kritja za stroške zdravil (kot navedenih v 6. točki 7. člena teh splošnih pogojev) je omejen na 50.000 EUR na zavarovanca za celotno obdobje trajanja police. Ta omejitev je sestavni del celotnega letnega in vseživljenjskega limita zavarovalne vsote navedene v 1. odstavku 7. člena.

2. Izplačilo ne krije:

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

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

7. V primeru, ko je prostovoljno zdravstveno zavarovanje Premium Critical Advantage sklenjeno kot neprekinjeno nadaljevanje prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja Standard Critical Advantage, stopijo kritja in višine zavarovalnih vsot iz zavarovanja Premium Critical Advantage v veljavo po preteku šestih mesecev od datuma začetka veljavnosti zavarovanja Premium Critical Advantage. Tako se uporaba splošnih pogojev za Premium Critical Advantage odloži za obdobje šestih mesecev od začetka veljavnosti zavarovanja. To pomeni, da:

- vsak zavarovalni zahtevek za katerokoli bolezen, ki je bila diagnosticirana, zdravljena oz. so se kazali kakršni koli zdravstveno

dokumentirani simptomi ali znaki pred iztekom šest mesečnega obdobja odloga od datuma začetka veljavnosti zavarovanja Premium Critical Advantage, se bo obravnaval skladno s pripadajočimi splošnimi pogoji, kritji in zavarovalnimi vsotami, ki veljajo za predhodno sklenjeno zavarovanje Standard Critical Advantage, kljub temu, da je za zavarovanje Premium Critical Advantage plačana prva premija in je zavarovanje v veljavi.

• vsak zavarovalni zahtevek za katerokoli bolezen, ki je bila diagnosticirana, zdravljena oz. so se kazali kakršni koli zdravstveno dokumentirani simptomi ali znaki po izteku šest mesečnega obdobja odloga od datuma začetka veljavnosti zavarovanja Premium Critical Advantage, se bo obravnaval skladno s splošnimi pogoji, kritji in zavarovalnimi vsotami, ki veljajo za sklenjeno zavarovanje Premium Critical Advantage.

8. V primeru, ko je prostovoljno zdravstveno zavarovanje Standard Critical Advantage sklenjeno kot neprekinjeno nadaljevanje prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja Premium Critical Advantage, stopijo kritja in višine zavarovalnih vsot iz zavarovanja Standard Critical Advantage v veljavo takoj od datuma začetka veljavnosti police za Standard Critical Advantage.

To pomeni, da:

• vsak zavarovalni zahtevek, ki prispe na zavarovalnico po izdaji police za Standard Critical Advantage bo obravnavan skladno s pripadajočimi splošnimi pogoji, kritji in zavarovalnimi vsotami, ki veljajo za sklenjeno zavarovanje Standard Critical Advantage ne glede na to kdaj je bila postavljena diagnoza za obravnavano bolezen ali stanje;

• prehod iz police Premium Critical Advantage na polico Standard Critical Advantage ni mogoč za zavarovano osebo, ki je zavarovalnici že podala zahtevek in sicer ne glede na to ali je zahtevek odobren ali ne;

• z začetkom kritja po polici Standard Critical Advantage prenehajo tudi vse morebitne pravice do brezplačnih storitev, ki izhajajo iz police Premium Critical Advantage.

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

1. Bolnišnični dan v primeru hospitalizacije v tujini

V primeru hospitalizacije zavarovanca v tujini zaradi zdravljenja krite bolezni ali kritega zdravstvenega postopka, ki je predhodno odobren s strani družbe Further in plačan po tej polici, je zavarovanec upravičen do izplačila 200 EUR za vsako bolnišnično nočitev, vendar največ za 60 nočitev za vsak posamezni zahtevek. Ta prejeti znesek je sestavni del celotnega letnega in vseživljenjskega limita zavarovalne vsote navedene v 1. odstavku 7. člena.

2. Izplačilo enkratne zavarovalne vsote

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

Ta zavarovalna vsota se ne izplača v primeru zdravljenja ali medicinskega postopka »in-situ« raka ali pred malignih tumorjev.

Ta zavarovalna vsota se izplača samo enkrat v zavarovalni dobi za zavarovano osebo.

Kadar je zavarovanec mladoletna oseba, se zavarovalna vsota izplača staršu ali skrbniku, ki je zavarovalec na polici.

Namen tekstov v predstavitveni brošuri je podati kratek pregled informacij v okviru storitev, združenih pod skupnim imenom Dr Best. Teksti v predstavitveni brošuri niso izvleček ali povzetek splošnih in dopolnilnih pogojev. Skrajšan prikaz in informativni izračuni prikazani v brošuri lahko ustvarijo dvoumen in nepopoln prikaz. Obvezujoče in popolne informacije o storitvah, združenih pod skupnim imenom Dr Best, so navedene v priloženih zavarovalnih pogojih, na ponudbah in na zavarovalnih policah, ki so sestavni del pogodbe.



EUREKO, d.o.o.
Leskoškova 9E
1000 Ljubljana

080 88 12
info@dr-best.si