

Splošni pogoji za zdravstveno zavarovanje Najboljši zdravniki sveta
veljajo od 25. 3. 2020

1. člen SPLOŠNE DOLOČBE

- Splošni pogoji za zdravstveno zavarovanje Najboljši zdravniki sveta (v nadaljnjem besedilu: pogoji) so sestavni del zavarovalne pogodbe, ki je sklenjena med zavarovalcem in Zavarovalnico Sava, d.d. (v nadaljnjem besedilu: zavarovalnica).
 - V okviru zavarovanja Najboljši zdravniki sveta (v nadaljnjem besedilu: zavarovanje) se je mogoče zavarovati za primer koriščenja storitve »drugo zdravniško mnenje« in storitve »najboljša oskrba«. Zavarovanje krije stroške pridobitve drugega zdravniškega mnenja in stroške zdravljenja kritih bolezni in zdravstvenih postopkov po vsem svetu, razen v Sloveniji do višine dogovorjenih zavarovalnih vsot.
 - Uporabljeni izrazi, zapisani v slovnični obliki moškega spola, so uporabljeni kot nevtralni in veljajo enakovredno za oba spola 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 ustanova, 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 je naveden na polici;
 - 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;
 - hospitalizacija (nočitev)** - bivanje, ki traja preko noči v bolnišnici ali kliniki in obsega bivanje v času dveh zaporednih datumskih dni;
 - drugo zdravniško mnenje** - strukturiran postopek pridobitve drugega zdravniškega mnenja o že postavljeni diagnozi in o že predpisanem načinu zdravljenja v primeru kritih bolezni ali v primeru kompleksnega, degenerativnega ali življenjsko ogrožajočega stanja, ki je osnovan na temeljitih pregledu zdravstvenih podatkov in diagnostičnega materiala zavarovanca. Drugo zdravniško mnenje podajo priznani zdravstveni strokovnjaki, vodilni na svojem področju. Zavarovalnica zagotavlja storitev drugega zdravniškega mnenja preko izbranega pogodbenega partnerja ob upoštevanju določil 17. člena 1. odstavka teh pogojev. To storitev lahko zavarovanec uveljavlja po sklenitvi zavarovanja pod pogojem, da so do dneva uveljavljanja te storitve plačane vse zapadle premije. Zavarovanec je dolžan premijo plačevati tudi v obdobju reševanja zahtevka;
 - najboljša oskrba** - celostno nudenje načrtovanega zdravljenja v tujini, vključujoč pomoč pri organizaciji potovanja in nastanitve, za zavarovanca in morebitnega spremljevalca v skladu z določili teh pogojev. Zavarovalnica zagotavlja storitev najboljše oskrbe preko izbranega pogodbenega partnerja;
 - izključitev** - to je 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 najboljše oskrba;
 - neinvaziven ali »in-situ« rak** - maligni tumor, ki je omejen na epitelij, kjer ima svoj izvor in se ni razširil na stromo ali tkiva, ki obdajajo izvorno mesto. To je predinvazivni maligni tumor, diagnosticiran v začetni fazi, z ugodno prognozo v primeru popolne odstranitve;
 - nezgoda** - kakršenkoli silovit, nenaden in nenameren dogodek, ki nastane izključno zaradi zunanjega vzroka, in ki ima za posledico poškodbo zavarovanca;
- 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. Prav tako določa zavarovalno vsoto, premijo, datum začetka veljavnosti in okoliščine prenehanja;
 - ponudba** - obrazec, ki ga mora izpolniti zavarovanec in/ali zavarovalec, da lahko zaprosi za zavarovalno polico;
 - poškodba** - škoda, prizadejana telesu zavarovanca;
 - predhodne obstoječe bolezni** - katerekoli bolezni, kakor tudi njihove posledice, ki so bile diagnosticirane, zdravljene ali katerih simptomi so bili medicinsko dokumentirani v obdobju desetih let pred datumom začetka veljavnosti zavarovalne police;
 - predhodno zdravstveno potrdilo** - pisna odobritev zavarovalnice, 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. Frekvenca plačila je določena na ponudbi oziroma polici;
 - pristopna starost** - razlika med letnico začetka zavarovanja in letnico rojstva;
 - proteza** - naprava oziroma pripomoček, ki nadomešča ves organ ali del organa, oziroma nadomešča vse funkcije ali del funkcij pri nedelujočem ali okvarjenem delu telesa;
 - svetovalec kardiolog** - zdravnik, ki je specializiran za bolezni srca in kardiovaskularnega sistema;
 - teroristično dejanje** - dejanje, ki med drugim vključuje uporabo sile ali nasilja in/ali grožnje iz le-tega s strani katerekoli osebe ali skupine oseb, ki delujejo samostojno ali v imenu ali v povezavi s katerokoli organizacijo ali vlado, storjeno zaradi političnega, religioznega, ideološkega ali podobnega namena, ki vključuje namero ustrahovanja in vplivanja na katerokoli vlado in/ali namero ustrahovanja javnosti ali dela javnosti ali uporabo biološkega, kemičnega, radioaktivnega ali jedrskega sredstva, materiala, naprav ali orožja;
 - upravičenja** - obseg ali raven storitev in kritja, do katerega je zavarovanec upravičen v skladu z zavarovalno polico;
 - zahtev** - dogodek, katerega posledice krije polica v celoti ali delno. Posledice, ki izhajajo iz istega vzroka, se štejejo kot en sam zahtev;
 - zavarovalec** - fizična ali pravna oseba, ki zaprosi in sprejme zavarovalno polico in jo pravno zavezujejo obveznosti zavarovalne police, z izjemo obveznosti, ki zaradi svoje narave vplivajo na zavarovanca;
 - 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;
 - zavarovalno leto/zavarovalna doba** - je obdobje enega leta, ki prične z dnevom in mesecem začetka zavarovanja;
 - zavarovanec** - oseba, navedena na polici, za katero je bila zavarovalna polica izdana in je deležna pravic iz te pogodbe;
 - zdravila** - katerakoli substanca ali kombinacija substanc, ki je lahko uporabljena ali predpisana zavarovancu 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 pred dokončnim sprejemom v zavarovanje in je osnova za analizo tveganja, ki ga opravi zavarovalnica. V primeru mladoletnih oseb mora biti obrazec izpolnjen in podpisan s strani zavarovalca oziroma zakonitega zastopnika zavarovanca;
 - 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:
 - o varne in učinkovite pri zdravljenju ali postavljanju diagnoze stanja ali bolezni skladno z namenom uporabe,
 - o varne v smislu učinkovitosti pri zdravljenju življenjsko ogroženega stanja ali bolezni pri nadzorovani klinični raziskavi.

2. člen SKLENITEV ZAVAROVALNE POGODBE

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

3. člen TRAJANJE ZAVAROVANJA IN KRITJE

1. Zavarovanje se prične, če ni drugače dogovorjeno, ob 00.00 uri tistega dne, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja. Zavarovanje velja za obdobje enega leta, če ni drugače dogovorjeno.
Zavarovalec ima pravico do vsakokratnega podaljšanja zavarovanja za eno leto pod enakimi pogoji, pri čemer se podaljšanje izvede molče, razen v primerih iz 2. odstavka tega člena ter 14. člena teh pogojev. V vsakem primeru se zavarovanje lahko nazadnje podaljša z začetkom tistega zavarovalnega leta, v katerem bo zavarovanec dopolnil 84. leto starosti.
2. Zavarovanja ni mogoče podaljšati v skladu s 1. odstavkom tega člena v naslednjih primerih:
 - če preneha sodelovanje med zavarovalnico in pogodbenim partnerjem, ki nudi drugo zdravniško mnenje ali najboljšo oskrbo oziroma pogodbeni partner bistveno spremeni pogoje sodelovanja. Zavarovalnica o tem pisno obvesti zavarovalca vsaj tri mesece pred iztekom zavarovalnega leta. V tem primeru zavarovanje preneha z iztekom tekočega zavarovalnega leta,
 - v primeru spremembe premijskega cenika. Zavarovalnica v tem primeru o spremembi premije zavarovalca pisno obvesti vsaj tri mesece pred vsakokratno pravico do podaljšanja zavarovanja. Če se zavarovalec s predlogom spremembe ne strinja, zavarovanje preneha z iztekom tekočega zavarovalnega leta.
3. Začetek zavarovanja je vedno samo prvega dne v mesecu.
4. Zavarovanje preneha:
 - tistega dne, ko zavarovanec umre ali
 - tistega dne, ko zavarovanec postane poslovno nesposoben ali
 - ob koncu tistega zavarovalnega leta, v katerem je zavarovanec dopolnil 84. leto starosti ali
 - z odpovedjo pogodbe s strani zavarovalnice ali zavarovalca ali
 - s potekom zavarovanja.
5. Zavarovanje lahko odpove zavarovalnica pod pogoji in na način kot jih določa 14. člen teh pogojev.
6. Kritje zavarovalnice se prične po preteku karenčnega obdobja, vezano na datum začetka zavarovanja in pod pogojem, da so do takrat plačane vse zapadle premije. Ta omejitev kritja velja le za koriščenje storitve najboljša oskrba.

4. člen SPOSOBNOST ZA ZAVAROVANJE

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

5. člen PREDMET ZAVAROVANJA

1. Predmet zavarovanja je nudenje kritja zavarovancu za storitve in zdravstvene stroške pri zdravljenju za krite bolezni in krite zdravstvene postopke, ko so izpolnjeni naslednji pogoji:

1. postopek se izvede v obdobju zavarovalnega kritja;
2. diagnoza zaradi katere je zavarovanec upravičen do kritega zdravstvenega postopka mora biti potrjena z drugim zdravniškim mnenjem;
3. krita bolezen ali stanje ni bilo diagnosticirano in prav tako niso bili medicinsko dokumentirani nobeni simptomi v zvezi s to boleznijo ali stanjem v obdobju 10. let pred datumom začetka veljavnosti zavarovalne police ali med obdobjem karence za zadevnega zavarovanca;
4. zdravljenje je opredeljeno kot zdravstveno nujno;
5. zdravstveni stroški so kriti do višine zavarovalne vsote, ki je določena na polici. Omejitve so navedene v teh pogojih;
6. zdravljenje je urejeno v skladu s postopkom uveljavljanja zahtevkov, ki je opredeljen v 13. členu teh pogojev;
7. zdravstveni stroški nastanejo zunaj Slovenije, z izjemo stroškov, ki so navedeni v 7. členu 6. odstavka;
8. stroški za katerekoli medicinske diagnoze, zdravljenja, storitve, material ali recepte so kriti v skladu z zavarovalno polico, kot je navedeno v 7. členu teh pogojev.

6. člen KRITJE BOLEZNI IN ZDRAVSTVENI POSTOPKI

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

7. člen KRITI STROŠKI

1. Zavarovanje krije stroške opredeljene v tem členu do omejitev navedenih na polici, ki bodo nastali v povezavi s kritimi boleznimi in kritimi zdravstvenimi postopki navedenimi v 6. členu teh pogojev.
2. Zavarovanje krije **zdravstvene stroške:**
 1. v bolnišnici v zvezi z:
 - 1.1 nastanitvijo, prehrano in splošno nego, ki jo zavarovanec prejme med bivanjem v bolnišnični sobi, na oddelku ali odseku bolnišnice ali na oddelku za intenzivno nego ali oddelku za opazovanje;
 - 1.2 drugimi bolnišničnimi storitvami, vključno z ambulantnimi storitvami in stroške, ki so povezani s stroški dodatne postelje ali postelje za spremljevalca, če bolnišnica nudi to storitev;
 - 1.3 uporabo operacijske dvorane in vsemi storitvami, ki so povezane s tem.
 2. v dnevni kliniki ali v neodvisnem centru za zdravstveno varstvo, vendar le v primeru, če bi zavarovalna polica krita zdravljenje, kirurški poseg ali recept kot če bi bilo zagotovljeno v bolnišnici.
 3. pri zdravniku v zvezi s pregledom, zdravljenjem, zdravstveno oskrbo ali kirurškim posegom.
 4. za obiske zdravnikov med hospitalizacijo.
 5. za naslednje zdravstvene in kirurške storitve, metode zdravljenja in recepte:
 - 5.1 za anestezijo in dajanje anestetikov, če storitev izvede usposobljeni anesteziolog;
 - 5.2 za laboratorijske analize in patološke preiskave, rentgensko slikanje v diagnostične namene, radioterapijo, radioaktivne izotope, kemoterapijo, elektrokardiogram, ehokardiografijo, mielogram, elektroencefalogram, angiogram, računalniško tomografijo in druge podobne preiskave in metode zdravljenja, zahtevane za diagnozo in zdravljenje krite bolezni ali za kriti zdravstveni postopek, če storitev izvede zdravnik ali če se izvede pod zdravstvenim nadzorom;
 - 5.3 za transfuzije krvi, dajanje plazme in seruma;
 - 5.4 stroške povezane z uporabo kisika, intravenskih raztopin in injekcij.
 6. za zdravila predpisana na recept, medtem ko je zavarovanec hospitaliziran zaradi zdravljenja krite bolezni ali izvedbe kritega zdravstvenega postopka. Zdravila predpisana za pooperativno zdravljenje so krita še 30 dni od datuma, ko je zavarovanec zaključil stopnjo zdravljenja, ki ga je bil deležen zunaj Slovenije in samo, ko so ta kupljena pred vrnitvijo v Slovenijo.

7. za prevoz z reševalnim vozilom po tleh ali zraku, ko je le-ta naveden in predpisan s strani zdravnika ter je predhodno odobren s strani zavarovalnice.
8. za storitve, ki jih prejme živi darovalec med postopkom odstranjevanja organa za transplantacijo zavarovancu, in nastanejo zaradi:
- 8.1 postopka preiskave za iskanje morebitnih darovalcev;
 - 8.2 bolnišničnih storitev, ki jih prejme darovalec, vključno z bivanjem v bolnišnični sobi, na oddelku ali odseku bolnišnice, obroke, splošne storitve oskrbe, redno oskrbo s strani bolnišničnega osebja, laboratorijskimi preiskavami ter uporabo naprav in druge bolnišnične opreme (pri čemer so izključeni predmeti za osebno uporabo, ki se ne zahtevajo med postopkom odvzema organa ali tkiva za transplantacijo);
 - 8.3 kirurških in zdravstvenih storitev, povezanih z odvzemom darovalčevega organa ali tkiva za transplantacijo zavarovancu.
9. za storitve in material za kulture kostnega mozga v povezavi s transplantacijo tkiv, ki je nudena zavarovancu. Povrnejo se le stroški, ki nastanejo od dneva prvotno zaračunanih kritij zdravstvenih stroškov dalje.
3. Zavarovanje krije **stroške za potovanje**:
1. za potovanje v tujino za zavarovanca in enega spremljevalca (ter živečega darovalca v primeru transplantacije), izključno za namen zdravljenja, ki je bilo odobreno s strani zavarovalnice. Vse dogovore v zvezi s potovanjem izvede zavarovalnica. 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. Zavarovalnica bo odgovorna za določitev datumov potovanja na osnovi odobrenega programa zdravljenja. Ti datumi bodo sporočeni zavarovancu v ustreznem in predvsem v času, ki mu omogoča, da uredi vse potrebne osebne zadeve.
 3. V primeru, da zavarovanec spremeni datum potovanja, ki mu je bil sporočen s strani zavarovalnice, bo zavarovanec moral zavarovalnici poravnati vse stroške povezane z novimi dogovori v zvezi s potovanjem, razen če so bile spremembe potrjene s strani zavarovalnice, kot nujne z vidika medicinskega stališča.
 4. Kritije 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 zavarovalnica.
 - 4.3 spremljanje zavarovanca na prvi poti iz določenega hotela do bolnišnice ali do zdravnika, ki izvaja zdravljenje s strani osebja, ki ga imenuje zavarovalnica. 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 zavarovalnice, kot relevantno v okviru pogojev in v skladu z zavarovalno polico.
4. Zavarovanje krije **stroške za nastanitev**:
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 zavarovalnice. Vse dogovore v zvezi z nastanitvijo izvede zavarovalnica. Zavarovalnica ne bo plačala nobenih drugih stroškov, ki bi nastali zaradi dogovorov v zvezi z nastanitvijo izvedenih s strani zavarovanca ali katerekoli tretje osebe v imenu zavarovanca.
 2. Zavarovalnica bo odgovorna za določitev datumov rezervacije nastanitve na osnovi odobrenega programa zdravljenja. Ti datumi bodo sporočeni zavarovancu v ustreznem in predvsem v času, ki mu omogoča, da uredi vse potrebne osebne zadeve.
 3. Zavarovalnica 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 zavarovalnice, bo zavarovanec moral zavarovalnici poravnati vse stroške povezane z novimi dogovori v zvezi z nastanitvijo, razen če so bile spremembe potrjene s strani zavarovalnice, kot nujne z vidika medicinskega stališča.
 5. Kritije za potovanja bo vključevalo:
 - 5.1 rezervacije za dvoposteljno sobo ali sobo z dvema posteljama v visoko kvalitetnem hotelu (3 ali 4 zvezdice), kar ustreza kriterijem, ki so v zavarovančevem interesu. Izбира hotela bo predmet razpoložljivosti in le-ta bo izbran v območju 10 km oddaljenosti od bolnišnice ali zdravnika, ki izvaja zdravljenje.
 6. Zajtrk, obroki in naključni stroški v hotelu niso kriti. Nadstandardne storitve v hotelu niso financirane s strani zavarovanja.
 7. Pri tem ni omejitev glede števila kritih nočitev. Le-to bo povezano s trajanjem zdravljenja.
5. Zavarovanje krije **stroške za vrnitev v domovino**:
1. v primeru smrti zavarovanca (ali živečega darovalca v primeru transplantacije) izven države stalnega bivališča, ko ta nastopi med zdravljenjem, ki je krito po zavarovalni polici. Zavarovalnica bo plačala stroške vrnitve posmrtnih ostankov v Slovenijo. To kritje je omejeno samo na tiste storitve in materiale, ki so potrebne, da se pripravijo pokojnikovo telo in da se ga pripelje v Slovenijo ter vključuje:
 - 1.1 storitve nudene s strani pogrebne podjetja, ki poskrbi za mednarodne povezave glede vrnitve v domovino, vključno z balzamiranjem in urejanje dokumentacije.
 - 1.2 osnovno krsto za prevoz posmrtnih ostankov.
 - 1.3 prevoz posmrtnih ostankov iz letališča do imenovanega kraja pokopa v Sloveniji.
6. Zavarovanje krije **stroške za zdravila**:
1. za stroške zdravil, kupljenih v Sloveniji, ki so povezani z zdravljenjem krite bolezni ali z izvedbo kritega zdravstvenega postopka, odobrenega s strani zavarovalnice 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 zavarovalnice s strani mednarodnih zdravnikov, ki so zdravili zavarovanca, kot potrebno za izvajanje zdravljenja.
 - 1.2 zdravilo je bilo dovoljeno in odobreno s strani ustreznega zdravstvenega organa ali agencije v Sloveniji. Predpisi in dokumentacija je zanj urejena.
 - 1.3 za zdravilo se zahteva recept s strani zdravnika v Sloveniji.
 - 1.4 nakup zdravila je možen v Sloveniji.
 - 1.5 količina predpisanega zdravila na recept zadošča porabi v obdobju dveh mesecev.
 2. Izplačilo ne krije:
 - kateregakoli dela stroška za zdravila, ki ga financira Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije v Sloveniji ali ga krije druga zavarovalna polica zavarovanca.
 - stroškov povezanih z izdajo zdravila.
 - nakupa zdravil izven Slovenije.
 - računov, predloženih zavarovalnici po več kot enem letu od nakupa zdravila.
 3. Nakup zdravila mora urediti in plačati neposredno zavarovanec. Zavarovalnica bo zavarovancu povrnila stroške na osnovi predloženega relevantnega recepta, originalnega računa in dokazila o plačilu. V primeru, ko je strošek zdravila deloma krit s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije ali druge zavarovalne police, mora zahteva za povračilo stroškov jasno ločiti med stroški, ki so bili izključno financirani s strani zavarovanca in tistimi, ki so bili delno financirani.
- 8. člen BOLNIŠNIČNI DAN V PRIMERU HOSPITALIZACIJE V TUJINI**
- V primeru hospitalizacije zavarovanca v tujini zaradi zdravljenja krite bolezni ali kritega zdravstvenega postopka, ki je predhodno odobren s strani zavarovalnice, je zavarovanec upravičen do bolnišničnega dne za vsako nočitev, vendar največ za 60 nočitev za vsak posamezni zahtevek, v skladu z zavarovalno polico.
- 9. člen IZKLJUČITVE ZAVAROVALNICE V PRIMERU STORITVE NAJBOLJŠA OSKRBA**
1. Zavarovalnica nima obveznosti v primeru spodaj navedenih splošnih izključitev:
 1. stroškov, ki nastanejo zaradi vseh bolezni ali zdravstvenih postopkov, ki niso posebej navedeni v 6. členu teh pogojev.
 2. vsakršnih stroškov za bolezni ali poškodbe, ki nastanejo kot posledica vojn, terorističnih dejanj, potresnih premikov, nemirov, izgredov, poplav, vulkanskih izbruhov, prav tako neposrednih ali posrednih posledic jedrske reakcije in drugih izrednih ali katastrofalnih pojavov, vključno z uradno razglašeni epidemijami.
 3. vsakršnih stroškov, ki nastanejo kot posledica katerekoli nezgode zavarovanca tudi tiste, ki se zgodijo med opravljanjem njegovega poklica, prav tako tudi nezgode in bolezni, ki so povezane z delom in tiste, ki se pripetijo zaradi uporabe motornih vozil.
 4. stroškov, ki nastanejo zaradi vseh bolezni ali neugod, do katerih pride pri profesionalnem izvajanju kateregakoli športa in pri udeleževanju v različnih aktivnostih v zraku vendar ne v povezavi s potniškim prevozom, tudi pri podvodnih aktivnostih, boksu, borilnih veščinah, plezanju, igranju rugby-ja, jamarstvu, bikoborbah, dirkah z motorji, vključno s preizkusnimi vožnjami ter pri kateremkoli drugem visoko tveganem športu.
 5. vsakršnih stroškov zdravstvene oskrbe zaradi alkoholizma, odvisnosti od drog in/ali opojnih substanc zaradi zlorabe alkohola in/ali jemanja psihoaktivnih snovi, narkotikov ali haluciniogenih drog. Prav tako so izključene tudi posledice in bolezni, ki nastanejo zaradi poskusa samomora ali samopoškodovanja.
 6. stroškov, ki nastanejo zaradi vseh bolezni ali stanj, povzročenih s strani zavarovanca namenoma ali z goljufijo ali zaradi dejanj iz malomarnosti ali kriminalne nepremišljenosti zavarovanca ali zaradi storitve kaznivega dejanja zavarovanca.

2. Zavarovalnica nima obveznosti v primeru spodaj navedenih **zdravstvenih izključitev**:
1. predhodno obstoječih bolezni v obdobju desetih let pred datumom začetka veljavnosti zavarovalne police.
 2. eksperimentalnega zdravljenja, vključno z diagnostičnimi, terapevtskimi in/ali kirurškimi postopki, katerih varnost in zanesljivost še nista bili ustrezno znanstveno dokazani.
 3. medicinskih postopkov, ki so potrebni zaradi AIDS-a (sindrom pridobljene imunске pomanjkljivosti), okužbe z virusom HIV (virus človeške imunске pomanjkljivosti) ali kateregakoli stanja, ki nastane zaradi tega (vključno z boleznijo znano kot Kaposijev sarkom) ter kateregakoli zdravljenja zaradi AIDS-a ali okužbe z virusom HIV.
 4. katerihkoli storitev, ki z medicinskega vidika niso nujne za zdravljenje krite bolezni ali izvedbo kritega zdravstvenega postopka, kot je opisano v 6. členu teh pogojev.
 5. nastalih stroškov zaradi bolezni za katero je najprimernejši način zdravljenja s transplantacijo organa.
 6. katerekoli bolezni, ki jo povzroči transplantacija organa razen, če je zadevna bolezen razvrščena kot krita bolezen ali kriti zdravstveni postopek.
 7. katerekoli diagnosticirane bolezni ali v zvezi z vidnimi prvimi simptomi ugotovljenimi med obdobjem karence, kot je navedeno v 1. členu teh pogojev.
3. Zavarovalnica nima obveznosti v primeru spodaj navedenih **stroškov, ki so izključeni**. To so:
1. vsakršni stroški, ki nastanejo v zvezi ali izhajajo iz katerekoli diagnoze, zdravljenja, storitve, materiala znotraj Slovenije.
 2. vsakršni stroški, ki nastanejo v zvezi s katerokoli diagnozo, zdravljenjem, storitvijo, materiala ali zdravniških receptov, po vsem svetu, kadar zavarovanec živi zunaj Slovenije več kot 91 zaporednih dni v času 12 mesecev pred vsakokratno zahtevo po drugem zdravniškem mnenju kot je navedeno v 13. členu teh pogojev.
 3. vsakršni stroški, ki nastanejo v zvezi s katerokoli diagnosticirano boleznijo ali s to boleznijo vidnimi medicinsko dokumentiranimi simptomi ugotovljenimi med obdobjem karence, kot je navedeno v 1. členu teh pogojev.
 4. vsakršni stroški, ki nastanejo pred izdajo predhodnega zdravstvenega potrdila.
 5. vsakršni stroški, ki nastanejo v bolnišnici, ki ni odobrena in navedena v predhodnem zdravstvenem potrdilu.
 6. vsakršni stroški, ki nastanejo brez upoštevanja postopka uveljavljanja zahtevkov iz 13. člena teh pogojev.
 7. vsakršni stroški, ki nastanejo v zvezi s storitvami pri hospitalizaciji v zvezi z domačo zdravstveno oskrbo ali v zvezi s storitvami nudenimi v rehabilitacijskem centru ali ustanovi, hospicu ali domu za starejše občane, tudi če so tovrstne storitve zahtevane ali potrebne za zdravljenje krite bolezni ali izvedbo kritega zdravstvenega postopka.
 8. vsakršni stroški, ki nastanejo pri nakupu (ali najemu) katerekoli vrste proteze ali ortopedskih pripomočkov, steznikov, povojev, bergel, umetnih okončin ali organov, lasulj (tudi, ko se uporaba le-teh smatra kot potrebna med kemoterapevtskim zdravljenjem), ortopedske obutve, kilnih pasov in druge podobne opreme ali pripomočkov, razen prsnih protez zaradi mastektomije in umetnih srčnih zaklopk.
 9. vsakršni stroški, ki nastanejo zaradi nakupa ali najema invalidskih vozičkov, posebnih postelj, klimatskih naprav, čistilnikov zraka in katerihkoli drugih podobnih predmetov ali opreme.
 10. vsi farmacevtski izdelki in zdravila, ki niso bili izdani s strani farmacevta z licenco ali so dosegljivi brez zdravniškega recepta.
 11. vsakršni stroški, ki nastanejo zaradi uporabe alternativne medicine, tudi ko je ta posebej predpisana s strani zdravnika.
 12. vsakršni stroški zdravstvene oskrbe ali hospitalizacije v primeru cerebralnega sindroma, senilnosti ali možganske okvare ne glede na njihovo stopnjo razvoja.
 13. stroški prevajalca, telefonski stroški in drugi stroški v zvezi z osebnimi predmeti ali predmeti, ki niso zdravstvene narave ali za katerokoli drugo storitev nudeno sorodnikom, spremljevalcem ali sopotnikom.
 14. vsakršni stroški, ki nastanejo s strani zavarovanca ali sorodnikov, spremljevalcev ali sopotnikov, razen tistih, ki so izrecno kriti.
 15. stroški, ki niso običajni, nestandardni in nesorazmerni stroški.
 16. vsakršni stroški v zvezi s prevozom iz navedenega hotela v bolnišnico ali k zdravniku, ki izvaja zdravljenje.
4. Zavarovalnica nima obveznosti v primeru spodaj navedenih **izključenih bolezni in zdravstvenih postopkov**:
1. **V primeru zdravljenja raka**
Katerikoli tumor ob prisotnosti sindroma pridobljene imunске pomanjkljivosti (AIDS).
Kožni rak, razen malignih melanomov.
 2. **V primeru kirurške koronarne revaskularizacije (miokardne revaskularizacije)**
Katerakoli koronarna bolezen zdravljena z uporabo tehnik, ki ni kirurška koronarna revaskularizacija, kot so vse oblike angioplastike.
- Travmatske poškodbe aorte.
3. **V primeru zamenjave ali popravila srčnih zaklopk**
Travmatske poškodbe srčnih zaklopk.
 4. **V primeru nevrokirurgije**
Kraniotomija, ki je potrebna zaradi travmatske poškodbe.
 5. **V primeru presaditve organa živega darovalca transplantacije tkiv**
Katerakoli transplantacija, če potreba po transplantaciji nastane zaradi bolezni jeter kot posledica uživanja alkohola.
Katerakoli transplantacija, če je transplantacija izvedena z avtotransplantatom, razen transplantatov kostnega mozga.
Katerakoli transplantacija, ko zavarovanec daruje organ tretji osebi.
Transplantati mrtvega darovalca.
Katerakoli transplantacija organa, ki zahteva zdravljenje z matičnimi celicami.
Nakup organov darovalca.
- 10. člen DOGOVOR O PREMIJI IN ZAVAROVALNI VSOTI TER PLAČEVANJE PREMIJE**
1. Zavarovalno vsoto in premijo sporazumno določita zavarovalec in zavarovalnica po podatkih v ponudbi, zlasti pa še po izbranem premijskem sistemu in zavarovančevi starosti.
 2. Premija je določena po zavarovančevi starosti kot razlika glede na leto pričetka ali podaljšanja zavarovanja in leto rojstva zavarovanca.
 3. Premijo je možno plačevati letno ali v obrokih (polletno, četrtletno ali mesečno).
 4. Dogovorjeno premijo je zavarovalec dolžan plačevati v dogovorjenih rokih, na dogovorjeni način.
 5. Premija za to zavarovanje se plačuje najdlje do konca tistega zavarovalnega leta, v katerem je zavarovanec dopolnil 84. leto starosti ali do smrti zavarovanca.
 6. Zavarovalec je dolžan poleg dogovorjene premije plačati tudi vse prispevke in davke v zvezi z zavarovalno pogodbo, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec morebiti predpisal v času trajanja zavarovalne pogodbe.
- 11. člen POSLEDICE ZARADI NEPLAČANE PREMIJE**
1. Če premija do zapadlosti ni plačana, preneha kritje po pogodbi po 60 dneh od dneva, ko je bilo zavarovalcu oziroma zavarovancu vročeno priporočeno pismo zavarovalnice z obvestilom o zapadlosti premije na naslov oziroma na zadnjo spremembo naslova, ki ga je zavarovalec oziroma zavarovanec dostavil zavarovalnici.
 2. Zavarovalnica lahko po izteku roka iz prejšnjega odstavka tega člena razdre pogodbo brez odpovednega roka in izterja neplačane premije s pripadajočimi obrestmi. Razdrtje pogodbe in prenehanje kritja nastopi z iztekom roka iz prejšnjega odstavka tega člena, če je bil zavarovalec oziroma zavarovanec v priporočenem pismu z obvestilom o zapadlosti premije in prenehanju kritja iz prejšnjega odstavka tega člena o tem primerno obveščen.
- 12. člen OBVEZNOSTI ZAVAROVALCA IN ZAVAROVANCA TER POSLEDICE NJIHOVE NEIZPOLNITVE**
1. Zavarovalec oziroma zavarovanec sta dolžna ob sklenitvi pogodbe prijaviti zavarovalnici vse okoliščine, ki so pomembne za ocenitev nevarnosti in so jima znane ali jima niso mogle ostati neznane. Za pomembne veljajo tiste okoliščine brez poznavanja katerih zavarovanja ni mogoče skleniti oziroma so takšne, da bi zavarovalnica zavarovanje sklenila pod posebnimi pogoji oziroma da zavarovanja ne bi sklenila.
 2. Če je zavarovalec oziroma zavarovanec namenoma dal netočno prijavo ali namenoma zamolčal kakšno okoliščino take narave, da zavarovalnica ne bi sklenila zavarovanja, če bi vedela za resnično stanje, lahko zavarovalnica v času trajanja zavarovanja zahteva razveljavitev zavarovanja brez odpovednega roka.
 3. Če je zavarovanje razveljavljeno iz razlogov, navedenih v prejšnjem odstavku, obdrži zavarovalnica že plačane premije in ima pravico zahtevati plačilo premije za zavarovalno dobo, v kateri je zahtevala razveljavitev zavarovanja.
 4. Če je zavarovalec oziroma zavarovanec kaj netočno prijavil ali je opustil dolžno obvestilo, pa tega ni storil namenoma, lahko zavarovalnica v času trajanja zavarovanja v enem mesecu od dneva, ko je izvedela za netočnost ali nepopolnost prijave, razdre zavarovanje. Zavarovanje preneha z iztekom meseca v katerem je zavarovalnica sporočila zavarovalcu, da razdira zavarovanje.
 5. Če zavarovanje preneha s smrtjo zavarovanca, je zavarovalnica upravičena do premije do konca meseca.
 6. Zavarovalec oziroma zavarovanec je dolžan takoj sporočiti zavarovalnici spremembo bivališča in ga v primeru opustitve le-tega bremenijo tudi stroški, ki bi nastali zavarovalnici.
 7. Zavarovalec oziroma zavarovanec je dolžan sproti obveščati zavarovalnico o vseh spremembah, ki so pomembne za izvajanje zavarovanja.
 8. Zavarovalnica bo pisna obvestila pošiljala zavarovalcu na naslov, ki ga je pisno sporočil. Če se zavarovalec preseli izven Evropske unije, mora zavarovalnici sporočiti ime osebe v Sloveniji, ki je pooblaščen za sprejemanje izjav zavarovalnice.
- 13. člen POSTOPEK UVELJAVLJANJA ZAHTEVKOV**
1. 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 kateregakoli zdravljenja, storitve, materiala ali zdravniškega recepta v zvezi z boleznijo ali zdravstvenim postopkom, ki sta krita v skladu z zavarovalno polico.

- Obveščanje o zahtevkih:** zavarovanec ali katerakoli oseba, ki je pooblaščen, da zakonito nastopa v njegovem imenu, mora v najkrajšem možnem času obvestiti zavarovalnico o morebitnem zahtevku in od nje zahtevati storitev drugega zdravniškega mnenja. Zavarovalnico lahko obvestite o morebitnem zahtevku s klicem na brezplačno telefonsko številko 080 19 20. Pogovor bo potekal v slovenskem jeziku. Osebe zavarovalnice bo zavarovancu sporočilo potrebna navodila, da se lahko zaključijo postopek pridobitve drugega zdravniškega mnenja, vključno z zavarovančevim podpisanim pooblastilom, ki zavarovalnici ali njenemu pogodbenemu partnerju dovoljuje naročanje ustreznih diagnostičnih preiskav in zdravstvenih informacij. Namen storitve drugega zdravniškega mnenja je potrditev diagnoze in kritja v skladu z zavarovalno polico.
- Ocena zahtevka in izbira mednarodne bolnišnice:** po zaključenem postopku pridobivanja drugega zdravniškega mnenja bo zavarovanec prejel izčrpano 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 zavarovalnico. Zavarovalnica bo nato zavarovancu predložila seznam priporočenih bolnišnic v tujini. Zavarovanec mora nato v roku treh mesecev po prejetju poročila sporočiti zavarovalnici katero bolnišnico je izbral.
- Predhodno zdravstveno potrdilo:** ko zavarovalnica prejme zavarovančev potrditev glede njegove izbire bolnišnice s seznama priporočenih bolnišnic za zdravljenje bo v okviru storitve najboljša oskrba uredila potrebne logistične in zdravstvene zadeve za ustrezni sprejem zavarovanca v izbrano bolnišnico in izdala predhodno zdravstveno potrdilo, ki velja samo za navedeno bolnišnico. Predhodno zdravstveno potrdilo, povezano z zahtevkom, omogoča zavarovancu dostop do zdravljenja, storitev, materiala ali receptov v izbrani bolnišnici. Izključeni so kakršnikoli stroški, ki nastanejo v bolnišnici, ki ni navedena v predhodnem zdravstvenem potrdilu. Izključeni so kakršnikoli stroški, ki nastanejo pred izdajo predhodnega zdravstvenega potrdila. Predhodno zdravstveno potrdilo je veljavno tri mesece od datuma izdaje. V primeru, da zavarovanec v tem času ni pričel z zdravljenjem v odobreni bolnišnici, predhodno zdravstveno potrdilo ne bo več veljavno. Zahtevati se mora novo predhodno zdravstveno potrdilo.
- Plačilo:** vse dokler so pogoji predhodnega zdravstvenega potrdila izpolnjeni se po polici skladno z upravičenji prevzemajo stroški, ki nastanejo s strani zavarovanca, v skladu z omejitvami, izključitvami in pogoji podrobno navedenimi v teh pogojih.
- Zavarovanec in njegovi sorodniki morajo dovoliti obiske zdravnikov izbranih s strani zavarovalnice oziroma pogodbenega partnerja ter vsakršne poizvedbe, ki so potrebne po mnenju zavarovalnice. V ta namen bodo zdravniki, ki so obiskali in zdravili zavarovanca, oproščeni obveznosti, do poklicne molčečnosti. V primeru, da se te obiske ne bo dovolilo, bo zavarovalnica to razumela kot izrecno odpoved izpolnitvi zahtevka v skladu s polico.

14. člen ODPOVED ZAVAROVALNE POGODBE

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

15. člen PRITOŽBENI POSTOPEK IN REŠEVANJE SPOROV

- Zoper pisno odločitev zavarovalnice kakor tudi za morebitne napačne postopke v zvezi z izvedbo zdravljenja kritih bolezni in kritih zdravstvenih postopkov ali napak pri izdanem drugem zdravniškem mnenju je dovoljena pritožba na Pritožbeno komisijo zavarovalnice, ki pritožbo obravnava skladno s pravilnikom zavarovalnice, ki ureja pritožbeni postopek. Pritožba se lahko odda osebno, po (elektronski) pošti ali preko spletnega obrazca zavarovalnice, in sicer v roku 30 dni od prejema odločitve zavarovalnice.
- V okviru internega pritožbenega postopka obravnava zavarovalnica tudi pritožbe, v katerih se zatrjuje kršitev poslovne morale.
- Poleg omenjenih oblik je mogoče spore reševati tudi v okviru zakonsko predvidenih alternativnih oblik reševanja sporov, predvsem s posredovanjem izvajalca izvensodnega reševanja potrošniških sporov (Mediacijski center, ustanovljen pri Slovenskem zavarovalnem združenju), katerega pristojnost priznava zavarovalnica, v zvezi s čimer so vse informacije na voljo tudi na telefonski številki 080 19 20 ali na spletni strani zavarovalnice (www.zav-sava.si).

16. člen VARSTVO/OBDELAVA OSEBNIH PODATKOV

Zavarovalnica kot upravljavec osebnih podatkov obdeluje osebne podatke posameznikov v skladu s predpisi s področja varstva osebnih podatkov in s področja zavarovalništva, kakor tudi z drugo veljavno zakonodajo ter Politiko zasebnosti, ki jo je sprejela Zavarovalnica Sava d.d. v zvezi z zagotavljanjem varstva osebnih podatkov in ki je dostopna na spletni strani zavarovalnice: <https://www.zav-sava.si/sl-si/pravna-obvestila/>.

V omenjenem dokumentu (Politiki zasebnosti) so zapisane informacije v zvezi z varstvom osebnih podatkov, in sicer:

- podatki o upravljavcu,
- podatki o pooblaščenca,
- namenih obdelave in pravne podlage za obdelavo,
- uporabnikov osebnih podatkov,

- prenosu osebnih podatkov v tretje države,
- pravicah posameznikov v zvezi z obdelavo osebnih podatkov,
- rokih hrambe osebnih podatkov.

Zavarovalnica bo zagotovila prenos osebnih podatkov v tretje države v skladu z določbami Uredbe (EU) 2016/679 (v nadaljevanju Uredbe GDPR), vključno z morebitno pridobitvijo potrebnih dovoljenj nadzornega organa za prenos teh podatkov, ter bo z obdelovalci sklenila vse potrebne pogodbe oziroma v pogodbe vključila standardne pogodbe klavzule za zagotovitev ustreznih zaščitnih ukrepov po členu 46. Uredbe GDPR.

17. člen POSEBNA DOLOČILA

- Zavarovanec ali katerakoli oseba, ki je pooblaščen, da zakonito nastopa v njegovem imenu lahko zahteva storitev drugega zdravniškega mnenja za krite bolezni in zdravstvene postopke iz 6. člena teh pogojev, kot tudi za določene druge bolezni, ki niso krite s tem zavarovanjem. Zavarovalnica krije storitve in stroške zdravstvenih postopkov pri zdravljenju zgolj za krite bolezni in krite zdravstvene postopke iz 6. člena teh pogojev.

V primeru drugih bolezni zavarovanec ali katerakoli oseba, ki je pooblaščen, da zakonito nastopa v njegovem imenu lahko zahteva storitev drugega zdravniškega mnenja o že postavljeni diagnozi in o že predpisanem načinu zdravljenja v primeru kompleksnega, degenerativnega ali življenjsko ogrožajočega stanja, ki je definirano kot:

kompleksno	vsako stanje, ki izpolnjuje vsaj dva izmed naslednjih kriterijev: <ul style="list-style-type: none"> - potreben je operativni poseg ali hospitalizacija v intenzivni negi; - prisotna je pomembno zmanjšana zmožnost funkcioniranja, huda bolečina ali nelagodje, ki pomembno vpliva na izvajanje dnevnih aktivnosti; - potrebna je zahtevna in dalj časa trajajoča nega in oskrba, ki jo izvaja za to usposobljeno osebje; - potrebno je pogosto spremljanje zdravstvenega stanja z rednimi zdravstvenimi pregledi, medicinskimi testi in analizami
degenerativno	vsako stanje kardiovaskularnega ali živčnega sistema, kjer so prizadete funkcije ali struktura tkiva ali organov, ki se s časom postopno in nepovratno slabša
življenjsko ogrožajoče	vsako stanje, ki lahko po mnenju osebnega zdravnika ali zdravnika specialista povzroči takojšnjo smrt ali smrt v naslednjih 24 mesecih, kljub primernemu zdravljenju

Zavarovanec ni upravičen do drugega zdravniškega mnenja v primeru:

- ko diagnoza s strani zdravnika ustrezne specialnosti še ni bila podana;
- ko je od zadnjega zdravljenja ali pregleda s strani zdravnika specialista ali lečečega zdravnika minilo že več kot 1 leto;
- ko je zavarovanec zaradi stanja sprejet v bolnišnico, kjer prejema zdravljenje;
- ko zdravstveno stanje zavarovanca zahteva takojšnje zdravljenje pred pridobitvijo drugega zdravniškega mnenja.

Izključene so naslednje bolezni/stanja:

- Kratkotrajna akutna stanja (tudi zlomi brez operativnega posega);
- Lažje kronične bolezni;
- Psihiatrična stanja;
- Zobozdravstvene težave;
- Katerakoli predhodne obstoječe bolezni, v skladu z določili 1. člena 3. odstavka 18. točke.

Drugo zdravniško mnenje ne krije stroškov zdravljenja, dodatne diagnostike ali osebnih posvetovanj.

Zavarovalnica bo potrdila ali bolezen/stanje izpolnjuje pogoje za izdelavo drugega zdravniškega mnenja potem, ko bo izvedla prvo ocenjevanje medicinskega primera.

- Najboljša oskrba:

- Zavarovanec ali katerakoli oseba, ki je pooblaščen, da zakonito nastopa v njegovem imenu lahko po končani storitvi in pridobitvi drugega zdravniškega mnenja v skladu z določili 17. člena 1. odstavka v primeru, da se drugo zdravniško mnenje ne nanaša na krite bolezni ali zdravstvene postopke iz 6. člena, zaprosi zavarovalnico za organizacijo zdravljenja v tujini preko storitve najboljša oskrba, kot razširjen obseg upravičenj.
- Ta storitev kot razširjen obseg upravičenj ne krije nobenih stroškov zdravljenja in z zdravljenjem ali organizacijo potovanja in nastanitvijo povezanih stroškov. Vse stroške mora plačati zavarovanec.

18. člen ZAKLUČNA DOLOČBA

- Za urejanje razmerij iz zavarovalne pogodbe se uporablja pravo Republike Slovenije.
- Odgovornost za zakonito, ustrezno in strokovno ravnanje pri izvajanju storitev tega zavarovanja prevzema zavarovalnica.
- V primeru spora je za sojenje stvarno pristojno sodišče Republike Slovenije.
- Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.

5. Za odnose med zavarovalnico, zavarovancem, zavarovalcem, upravičenci in ostalimi osebami, ki niso urejeni s temi pogoji, se upoštevajo določbe Obligacijskega zakonika in drugih pravnih predpisov Republike Slovenije.
6. Poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice bo, v skladu z zakonskimi zahtevami glede časa in obveznosti objave, dostopno na spletni strani zavarovalnice (www.zav-sava.si).
7. V primerih, kadar je v zvezi z zavarovanjem potrebno obračunati ali odvesti kakšen znesek morebitnih davčnih obveznosti ali drugih javnih dajatev, se šteje, da je obveznost zavarovalnice izpolnjena, ko upravičencu plača razliko dolgovanega zneska, zmanjšanega za predhodno navedene dajatve.