

Splošni pogoji za zdravstveno zavarovanje Najboljši zdravniki sveta
veljajo od 24. 6. 2018

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 zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: zavarovanje) se je mogoče zavarovati za primer koriščenja storitve InterConsultation (drugo zdravniško mnenje) in storitve FindBestCare (najboljša oskrba) - (celostno nudenje načrtovanega zdravljenja v tujini, vključujoč pomoč pri organizaciji potovanja in nastanitve, pri izvajanju postopka glede sprejetja v bolnišnico in pri zdravstvenih napotitvah, spremljanje zdravljenja v tujini in ob povratku komuniciranje z zdravniki, ki izvajajo zdravljenje). Zavarovanje krije drugo zdravniško mnenje, stroške zdravljenja kritih bolezni in zdravstvenih postopkov po vsem svetu, razen v Sloveniji do višine dogovorjenih zavarovalnih vsot.
- Uporabljeni izrazi, zapisani v slovnici 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 organizacija, zakonito pooblaščenca, da nudi medicinsko zdravljenje za bolezni ali telesne poškodbe in je opremljena z materialnimi/tehnološkimi sredstvi in z ustreznim osebjem, ki izvaja diagnostične postopke in kirurške posege in kjer so prisotni zdravniki in zdravstveno osebje 24 ur na dan;
 - cerebralni sindrom** - prisotnost cerebralne motnje ali poškodbe možganov, ki se kaže v delni ali popolni oslavitvi delovanja možganov;
 - datum** začetka zavarovanja - datum začetka zavarovanja je naveden na polici;
 - družba Best Doctors** - Best Doctors Services S.L.U. je del družbe Best Doctors Inc. in je storitveno podjetje, ki nudi naslednje zdravstvene storitve povezane z zavarovalno polico: InterConsultationTM (drugo zdravniško mnenje) in FindBestCare® (najboljša oskrba).
 - eksperimentalno zdravljenje** - zdravljenje, postopek, potek zdravljenja, oprema, zdravstveni ali farmacevtski izdelek, namenjen medicinski ali kirurški uporabi, ki ni sprejeto kot varno, učinkovito in ustrezno za zdravljenje bolezni ali poškodbe s strani različnih znanstvenih organizacij, prepoznanih s strani mednarodne zdravstvene skupnosti oziroma je predmet študije, raziskave, testiranja ali je na katerikoli stopnji kliničnega eksperimentiranja;
 - hospitalizacija (nočitev)** - bivanje, ki traja preko noči v bolnišnici ali kliniki in obsega bivanje v času dveh zaporednih datumskih dni;
 - InterConsultation (drugo zdravniško mnenje)** - strukturiran postopek pridobitve drugega zdravniškega mnenja, ki je osnovan na temeljitnem pregledu zdravstvenih podatkov in diagnostičnega materiala zavarovanca. Drugo zdravniško mnenje podajo priznani zdravstveni strokovnjaki, vodilni na svojem področju. To storitev omogoča družba Best Doctors. Zavarovancu omogoča pridobitev mnenja drugega zdravnika o že postavljeni diagnozi in o že predpisanem načinu zdravljenja bolezni ali poškodbe vključno z boleznimi, ki vplivajo na sposobnosti izvajanja aktivnosti vsakodnevnega življenja ob upoštevanju določil 16. člena 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;
 - 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 FindBestCare (najboljša oskrba);
 - neinvaziven ali »in-situ« rak** - maligni tumor, ki je omejen na epitelij, kjer ima svoj izvor in se ni razširil na stromo ali tkiva, ki obdajajo izvorno mesto. To je 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 zunanega 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 bile znane zavarovancu v obdobju desetih let pred datumom začetka veljavnosti zavarovalne police;
- predhodno zdravstveno potrdilo** - pisna odobritev družbe Best Doctors, ki vključuje potrditev kritja v skladu z zavarovalno polico pred izvedbo storitev v navedeni bolnišnici, zunaj države v kateri je stalno prebivališče zavarovanca, in sicer za katerokoli zdravljenje, storitev, material ali recepte, ki so povezani z zahtevkom po polici;
- premija** - cena zavarovanja, ki jo je treba plačati zavarovalnici. 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 katerekoli organizacijo ali vlado, storjeno zaradi političnega, religioznega, ideološkega ali podobnega namena, ki vključuje namero ustrahovanja in vplivanja na katerokoli vlado in/ali namero ustrahovanja javnosti ali dela javnosti ali uporabo biološkega, kemičnega, radioaktivnega ali jedrskega sredstva, materiala, naprav ali orožja;
- upravičenja** - obseg ali raven storitev in kritja, do katerega je zavarovanec upravičen v skladu z zavarovalno polico;
- zahtevek** - dogodek, katerega posledice krije polica v celoti ali delno. Posledice, ki izhajajo iz istega vzroka, se štejejo kot en sam zahtevek;
- 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 priporočenega 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. Če zavarovalec in zavarovanec nista ena in ista oseba, je za veljavnost pogodbe potreben tudi podpis zavarovanca na ponudbi.
9. Upravičenec za koriščenje storitev zavarovanja je zavarovanec.
10. 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 družbo Best Doctors, ki nudi zdravstvene storitve povezane z zavarovalno polico oziroma družba Best Doctors 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 tudi zavarovalnica pod pogoji in na način kot jih določa 14. člen teh pogojev.
6. Kritje zavarovalnice se prične po preteku karenčnega obdobja, vezano na datum začetka zavarovanja in pod pogojem, da so do takrat plačane vse zapadle premije. Ta omejitev kritja velja le za koriščenje storitve FindBestCare (najboljša oskrba).

4. člen SPOSOBNOST ZA ZAVAROVANJE

1. 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 s strani storitve InterConsultation (drugo zdravniško mnenje);
 3. krita bolezen ali stanje ni bilo diagnosticirano in prav tako niso bili medicinsko dokumentirani nobeni simptomi 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. Omejitev so navedene v teh pogojih;
 6. Zdravljenje je urejeno s strani družbe Best Doctors 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 izvirno 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 režanj, 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 krila zdravljenje, kirurški poseg ali recept kot če bi bilo zagotovljeno v bolnišnici.
 3. pri zdravniku v zvezi s pregledom, zdravljenjem, zdravstveno oskrbo ali kirurškim posegom.
 4. za obiske zdravnikov med hospitalizacijo.
 5. za naslednje zdravstvene in kirurške storitve, metode zdravljenja in recepte:
 - 5.1 za anestezijo in dajanje anestetikov, če storitev izvede usposobljeni anesteziolog;
 - 5.2 za laboratorijske analize in patološke preiskave, rentgensko slikanje v diagnostične namene, radioterapijo, radioaktivne izotope, kemoterapijo, 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 zdravlila predpisana na recept, medtem ko je zavarovanec hospitaliziran zaradi zdravljenja krite bolezni ali izvedbe kritega zdravstvenega postopka. Zdravlila predpisana za kooperativno zdravljenje so krita še 30 dni od datuma, ko je zavarovanec zaključil stopnjo zdravljenja, ki ga je bil deležen zunaj Slovenije in samo, ko so ta kupljena pred vrnitvijo v Slovenijo.
7. za prevoz z reševalnim vozilom po tleh ali zraku, ko je le-ta naveden in predpisan s strani zdravnika ter je predhodno odobren s strani družbe Best Doctors.
8. za storitve, ki jih prejme živi darovalec med postopkom odstranjevanja organa za transplantacijo zavarovancu, in nastanejo zaradi:
- 8.1 postopka preiskave za iskanje morebitnih darovalcev;
 - 8.2 bolnišničnih storitev, ki jih prejme darovalec, vključno z bivanjem v bolnišnični sobi, na oddelku ali odseku bolnišnice, obroke, splošne storitve oskrbe, redno oskrbo s strani bolnišničnega osebja, laboratorijskimi preiskavami ter uporabo naprav in druge bolnišnične opreme (pri čemer so izključeni predmeti za osebno uporabo, ki se ne zahtevajo med postopkom odvzema organa ali tkiva za transplantacijo);
 - 8.3 kirurških in zdravstvenih storitev, povezanih z odvzemom darovalčevega organa ali tkiva za transplantacijo zavarovancu.
9. za storitve in material za kulturo kostnega mozga v povezavi s transplantacijo tkiv, ki je nujna 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 družbe Best Doctors. Vse dogovore v zvezi s potovanjem izvede družba Best Doctors. Zavarovalnica ne bo plačala nobenih drugih stroškov, ki bi nastali zaradi dogovorov v zvezi s potovanjem izvedenih s strani zavarovanca ali katerekoli tretje osebe v imenu zavarovanca.
 2. Družba Best Doctors bo odgovorna za določitev datumov potovanja na osnovi odobrenega programa zdravljenja. Ti datumi bodo sporočeni zavarovancu v ustreznem 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 družbe Best Doctors, bo zavarovanec moral zavarovalnici in/ali družbi Best Doctors poravnati vse stroške povezane z novimi dogovori v zvezi s potovanjem, razen če so bile spremembe potrjene s strani družbe Best Doctors, kot nujne z 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 družba Best Doctors.
 - 4.3 spremljanje zavarovanca na prvi poti iz določenega hotela do bolnišnice ali do zdravnika, ki izvaja zdravljenje s strani osebja, ki ga imenuje družba Best Doctors. Osebe bo tudi v pomoč pri sprejemu zavarovanca ter pri urejanju dokumentacije in hospitalizacije.
 5. Pri tem ni omejitev glede števila zahtev v zvezi s potovanji, vendar mora biti vsako potovanje predhodno odobreno s strani družbe Best Doctors, kot relevantno v okviru pogojev in v skladu z zavarovalno polico.
4. Zavarovanje krije **stroške 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 družbe Best Doctors. Vse dogovore v zvezi z nastanitvijo izvede družba Best Doctors. Zavarovalnica ne bo plačala nobenih drugih stroškov, ki bi nastali zaradi dogovorov v zvezi z nastanitvijo izvedenih s strani zavarovanca ali katerekoli tretje osebe v imenu zavarovanca.
 2. Družba Best Doctors bo odgovorna za določitev datumov rezervacije nastanitve na osnovi odobrenega programa zdravljenja. Ti datumi bodo sporočeni zavarovancu v ustreznem in predvsem v času, ki mu omogoča, da uredi vse potrebne osebne zadeve.
 3. Družba Best Doctors bo poskrbela za datum vrnitve na osnovi zaključka zdravljenja in na osnovi dogovora z zdravnikom, ki bo izvajal zdravljenje, ko bo zdravstveno stanje zavarovancu dovoljevalo potovati.
 4. V primeru, da zavarovanec spremeni datum potovanja, ki mu je bil rezerviran in sporočen s strani družbe Best Doctors, bo zavarovanec moral zavarovalnici in/ali družbi Best Doctors poravnati vse stroške povezane z novimi dogovori v zvezi z nastanitvijo, razen če so bile spremembe potrjene s strani družbe Best Doctors, kot nujne z vidika medicinskega stališča.
 5. 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. Izbira hotela bo predmet razpoložljivosti in le-ta bo izbran v območju 10 km oddaljenosti od bolnišnice ali zdravnika, ki izvaja zdravljenje.
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 kritije 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 nudene s strani pogrebnega 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 zdravlila**:
1. za stroške zdravil, kupljenih v Sloveniji, ki so povezani z zdravljenjem krite bolezni ali z izvedbo kritega zdravstvenega postopka, odobrenega s strani družbe Best Doctors v predhodnem zdravstvenem potrdilu. Kritije v skladu z zavarovalno polico za to izplačilo je veljavno samo na osnovi sledečega:
 - 1.1 zdravilo je bilo svetovano preko družbe Best Doctors s strani mednarodnih zdravnikov, ki so zdravili zavarovanca, kot potrebno za izvajanje zdravljenja.
 - 1.2 zdravilo je bilo dovoljeno in odobreno s strani ustreznega zdravstvenega organa ali agencije v Sloveniji. Predpisi in dokumentacija je zanj urejena.
 - 1.3 za zdravilo se zahteva recept s strani zdravnika v Sloveniji.
 - 1.4 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 zdravlila, 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 družbe Best Doctors, je zavarovanec upravičen do bolnišničnega dne za vsako nočitev, vendar največ za 60 nočitev za vsak posamezni zahtev.
9. člen **IZKLJUČITVE ZAVAROVALNICE V PRIMERU STORITVE FINDBESTCARE (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 razglašenimi 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 nezgod, 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 halucinogenih 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 kaznivga 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 imunske pomanjkljivosti), okužbe z virusom HIV (virus človeške imunske pomanjkljivosti) ali katerekoli stanja, ki nastane zaradi tega (vključno z boleznijo znano kot Kaposijev sarkom) ter katerekoli 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 katerekoli 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 prvimi 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 katerakoli drugo storitev nudeno sorodnikom, spremljevalcem ali sopotnikom.
 14. vsakršni stroški, ki nastanejo s strani zavarovanca ali sorodnikov, spremljevalcev ali sopotnikov, razen tistih, ki so izrecno kriti.
 15. stroški, ki niso običajni, 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 imunske pomanjkljivosti (AIDS).
 2. **Kožni rak, razen malignih melanomov.**
 3. **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.
 4. **V primeru zamenjave ali popravila srčnih zaklopk**
Travmatske poškodbe srčnih zaklopk.
 5. **V primeru nevrokirurgije**
Kraniotomija, ki je potrebna zaradi travmatske poškodbe.
 6. **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 trenutni starosti.
 3. Premijo je možno plačevati letno ali v obrokih (polletno, četrletno 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, 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. Za vročanje se uporabljajo pravila o osebnem vročanju skladno z zakonom, ki ureja upravni postopek. Šteje se, da je bila priporočena pošiljka zavarovalcu oziroma zavarovancu vročena, ne glede na to, ali je zavarovalec oziroma zavarovanec priporočeno pošiljko prevzel, če je zavarovalnica pošiljko poslala na naslov, ki ga je zavarovalec 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 neznanne. 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 eventualni 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. V primeru, da vročitev obvestila zavarovalcu ni bila možna npr. zaradi odsotnosti, odklonitve sprejema in podobno se šteje, da je zavarovalec priporočeno pošiljko prejel z dnem poskusa vročitve s čemer se zavarovalec izrecno strinja, zato bo veljalo, da je zavarovalec z njegovo vsebino seznanjen. Navedena domneva uspele vročitve ima na podlagi posebnega dogovora z zavarovalcem pravno veljavne učinke. V primeru opustitve tega dolžnega ravnanja bremenijo eventualni stroški, ki bi nastali zavarovalnici, zavarovalca.
9. 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.
2. **Obveščanje o zahtevkih:** zavarovanec ali katerakoli oseba, ki je pooblaščen, da zakonito nastopa v njegovem imenu, mora v najkrajšem možnem času obvestiti družbo Best Doctors o morebitnem zahtevku in od nje zahtevati storitev drugega zdravniškega mnenja, poznanega pod imenom InterConsultation (drugo zdravniško mnenje). Družbo Best Doctors lahko obvestite o morebitnem zahtevku s klicem na brezplačno telefonsko številko 080 19 20. Pogovor bo potekal v slovenskem jeziku. Osebe družbe Best Doctors bo zavarovalcu sporočilo zahtevana potrebna navodila, da se zaključí postopek InterConsultation (drugo zdravniško mnenje), vključno o zavarovančevem podpisanim pooblastilu, ki družbi Best Doctors dovoljuje naročanje ustreznih diagnostičnih preiskav in zdravstvenih informacij. Namen storitve InterConsultation (drugo zdravniško mnenje) je potrditev diagnoze in kritja v skladu z zavarovalno polico.
3. **Ocena zahtevka in izbira mednarodne bolnišnice:** ko se zaključí postopek InterConsultation (drugo zdravniško mnenje), bo družba Best Doctors pripravila izčrpno pisno poročilo o ustreznosti diagnoze in pravici do zdravljenja s strani neodvisnega strokovnjaka na področju zdravstva. Če poročilo potrdi diagnozo krite bolezni ali kritega zdravstvenega postopka in če se zavarovanec odloči za zdravljenje izven Slovenije, mora zavarovanec o svoji odločitvi obvestiti družbo Best Doctors. Družba Best Doctors bo nato zavarovalcu predložila seznam priporočenih bolnišnic v tujini. Zavarovanec mora nato v roku treh mesecev po prejetju poročila sporočiti družbi Best Doctors katero bolnišnico je izbral.
4. **Predhodno zdravstveno potrdilo:** ko pri družbi Best Doctors prejmejo zavarovančev potrditev glede njegove izbire bolnišnice s seznama priporočenih bolnišnic za zdravljenje bo družba Best Doctors uredila potrebne logistične in zdravstvene zadeve za ustrezní sprejem zavarovalca v izbrano bolnišnico in izdala predhodno zdravstveno potrdilo, ki velja samo za navedeno bolnišnico. Predhodno zdravstveno potrdilo, povezano z zahtevkom, omogoča zavarovalcu 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.
5. **Plačilo:** vse dokler so pogoji predhodnega zdravstvenega potrdila izpolnjeni se po polici skladno z upravičenji prevzemajo stroški, ki nastanejo s strani zavarovalca, v skladu z omejitvami, izključitvami in pogoji podrobno navedenimi v teh pogojih.
6. Zavarovanec in njegovi sorodniki morajo dovoliti obiske zdravnikov družbe Best Doctors in/ali zavarovalnice ter vsakršne poizvedbe, ki so potrebne po mnenju zavarovalnice. V ta namen bodo zdravniki, ki so obiskali in zdravili zavarovalca, oproščeni obveznosti, do poklicne molčečnosti. V primeru, da se teh obiskov ne bo dovolilo, bo zavarovalnica to razumela kot izrecno odpoved izpolnitvi zahtevka v skladu s polico.

14. člen ODPOVED ZAVAROVALNE POGODBE

1. Zavarovalec lahko zavarovanje pisno odpove, najmanj tri mesece pred potekom tekočega zavarovalnega leta.
2. 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

1. Zoper pisno odločitev zavarovalnice je dovoljena pritožba na Pritožbeno komisijo zavarovalnice, ki pritožbe 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.
2. V okviru internega pritožbenega postopka obravnava zavarovalnica tudi pritožbe, v katerih se zatrjuje kršitev poslovne morale.
3. 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).
4. V primeru pritožbe zoper odločitev družbe Best Doctors 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 potrebno pritožbo v pisni obliki nasloviti na zavarovalnico, katera pa v postopek (pritožbeni ali sodni) vključi družbo Best Doctors Services S.L.U..

16. člen POSEBNA DOLOČILA

1. Storitev InterConsultation (drugo zdravniško mnenje):
 1. Kljub določilom 1. člena 3. odstavka 9. točke so izključene naslednje bolezni/stanja:
 - a) psihiatrična stanja;
 - b) zobozdravstvene težave;
 - c) zavarovanci, ki so trenutno sprejeti v bolnišnico;
 - d) vsa stanja, ki niso bila prvič pregledana in poročana naprej s strani lokalnega specialista, ki izvaja zdravljenje;
 - e) katerekoli predhodne obstoječe bolezni, v skladu z določili 1. člena 3. odstavka 18. točke, in sicer le za uveljavljanje storitve InterConsultation (drugo zdravniško mnenje) znotraj dvanajst (12) mesečnega obdobja od datuma začetka veljavnosti zavarovalne police.
 2. Storitev InterConsultation (drugo zdravniško mnenje) ne krije stroškov zdravljenja, dodatne diagnostike ali osebnih posvetovanj.
 3. Družba Best Doctors bo potrdila ali bolezen/stanje, lahko upravičeno upošteva pri storitvi InterConsultation (drugo zdravniško mnenje) potem, ko bodo izvedli prvo ocenjevanje medicinskega primera.
2. Storitev FindBestCare (najboljša oskrba):
 1. Po končani storitvi InterConsultation (drugo zdravniško mnenje) se lahko v primeru, da se zdravstveno poročilo ne nanaša na krite bolezni ali zdravstvene postopke, zaprosi družbo Best Doctors za organizacijo zdravljenja v tujini preko storitve FindBestCare, kot razširjen obseg upravičenj.
 2. Ta storitev kot razširjen obseg upravičenj, ne krije nobenih stroškov zdravljenja. Vse stroške povezane z zdravljenjem mora plačati zavarovanec.

17. člen ZAKLJUČNA DOLOČBA

1. Za razmerja iz zavarovalne pogodbe se uporablja pravo Republike Slovenije.
2. Odgovornost za zakonito, ustrezno in strokovno ravnanje pri izvajanju storitev tega zavarovanja prevzema družba Best Doctors.
3. Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.
4. 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.
5. 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).