

Splošne določbe

1. člen:

- Posebni pogoji za zdravstveno zavarovanje Specialisti (v nadaljnjem besedilu: posebni pogoji) so skupaj s priložo Seznam specialističnih storitev ter Splošnimi pogoji za zdravstveno zavarovanje PRVA Zdravje (v nadaljnjem besedilu: splošni pogoji) sestavni del zavarovalne pogodbe o zdravstvenem zavarovanju, ki jo zavarovalec sklene s PRVO Osebno zavarovalnico, d.d. (v nadaljnjem besedilu: zavarovalnica).
- S temi posebnimi pogoji se urejajo medsebojni odnosi med zavarovalcem in zavarovalnico, ki izvirajo iz zdravstvenega zavarovanja Specialisti. Zdravstveno zavarovanje Specialisti (v nadaljnjem besedilu: zavarovanje) je oblika zdravstvenega zavarovanja, ki omogoča zavarovanje za primer kritja stroškov specialističnih storitev in diagnostičnih preiskav pri izvajalcu zdravstvenih storitev, ter je natančno urejeno v splošnih pogojih in teh posebnih pogojih.
- Pomen nekaterih izrazov, uporabljenih v teh pogojih:
 - Poseg** je nadaljevanje specialistične obravnave, ki ga v sklopu dnevne obravnave izvede zdravnik specialist.
 - Zdravnik specialist oziroma izvajalec zdravstvenih storitev** je strokovnjak, ki se poklicno ukvarja s prepoznavo bolezenskih stanj pri ljudeh in zdravljenjem ljudi, je za to posebej usposobljen, ima veljavno dovoljenje za samostojno opravljanje zdravniške službe na zadevnem strokovnem zdravstvenem ali z zdravstvom povezanim področju ter je pogodbeni partner zavarovalnice.
 - Obravnava** po teh posebni pogojih je skupek največ treh (3) storitev, ki jih zdravnik specialist opravi zavarovancu v okviru posamezne obravnave in so navedeni v Seznamu specialističnih storitev, ki je objavljen na spletni strani www.prva.si.
 - Storitev** po teh pogojih pomeni posamezno izmed storitev, ki je lahko pregled, poseg, postopek iz Seznama specialističnih storitev, ki je objavljen na spletni strani www.prva.si. Vsaka storitev mora biti avtorizirana s strani Točke PRVA Zdravje.
 - Zdravstvena napotnica** (v nadaljevanju napotnica) je dokument, s katerim vas osebni ali drug zdravnik napoti na specialistični pregled ali poseg. Za obravnavo v okviru paketa Standard je potrebno pridobiti napotnico osebnega zdravnika. Nadaljni pregledi v okviru obravnave se izvajajo glede na pisno napotilo zdravnika specialista.
 - Diagnostični postopek** zajema enostavne in zahtevne diagnostične preiskave, ki so nadaljevanje specialističnega pregleda in dopolnjujejo specialistične storitve.
 - Specialistični pregled** je pregled zavarovanca, ki ga opravi zdravnik specialist z zadevnega specialističnega področja medicine.

Sklenitev zavarovanja

2. člen:

- Osebe to zavarovanje sklenejo skladno s splošnimi pogoji, razen za paket Nadstandard, ki ga ne morejo skleniti osebe do dopolnjenega 15. leta starosti. Zavarovanje za paket Nadstandard za osebo, mlajšo od 15. let, je nično.
- Zavarovalnica se z zavarovalno pogodbo obvezuje, da bo zavarovancu v primeru napotnice in ali utemeljene medicinske indikacije v skladu z veljavnimi pogoji krija plačilo stroškov storitev (specialističnih pregledov in diagnostičnih preiskav).
- Tega zavarovanja ni mogoče kapitalizirati, odkupiti, obnoviti oziroma zanj zahtevati predujem ali mirovanje.
- Za to zavarovanje ni predvidena udeležba pri dobičku.

Trajanje zavarovanja in jamstvo

3. člen:

- Zavarovanje začne veljati ob 00.00 tistega dne, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja.
- Zavarovalec ima pravico do vsakokratnega podaljšanja zavarovanja za eno leto pod enakimi pogoji ob upoštevanju drugega odstavka 8. člena teh pogojev, pri čemer se podaljšanje izvede molče, razen v primerih iz 3. in 4. odstavka tega člena in 4. odstavka 8. člena teh pogojev.
- Zavarovanje se ne podaljša, če zavarovalec odpove pogodbo v skladu s 11. členom teh pogojev.
- Zavarovanje se ne podaljša niti, če (i) je zavarovalnica prenehala izvajati zavarovanje, (ii) je zavarovalec ali zavarovanec ravnal v nasprotju z zavarovalno pogodbo ali (iii) so nastale okoliščine, zaradi katerih zavarovalnica zavarovalne pogodbe ne bi sklenila ali je ne bi sklenila pod navedenimi pogoji.
- Zavarovalnica o okoliščinah iz 4. odstavka tega člena zavarovalca obvesti vsaj tri (3) mesece pred iztekom tekočega zavarovalnega obdobja.
- Jamstvo zavarovalnice se začne najprej po dveh (2) mesecih od začetka zavarovanja (čakalna doba), razen za poškodbe, ki so nastale po začetku zavarovanja. Če je zavarovanec v zavarovalnem letu že izkoristil letno število storitev, kritih z zavarovanjem, zavarovanje do začetka naslednjega zavarovalnega leta nima zavarovalnega jamstva.

Predmet zavarovanja

4. člen:

- Z zavarovalno pogodbo se zavarovalec obvezuje, da bo zavarovalnici plačeval dogovorjeno premijo, zavarovalnica pa se obvezuje, da bo njen pogodbeni

- partner ob zavarovalnem primeru v skladu s temi pogoji zavarovancu zagotovi izvedbo storitve s Seznama specialističnih storitev in da bo zavarovalnica krija stroške storitve v skladu z izbranim paketom.
- Zavarovanje glede na izbrana kritja vključuje plačilo stroškov specialističnih storitev in diagnostičnih preiskav, ki jih zavarovanec opravi z namenom postavitve diagnoze novonastale bolezni. Stroški specialističnih storitev in diagnostičnih preiskav nastanejo ob specialističnih pregledih in diagnostičnih preiskavah, ki jih je zdravnik specialist opravil na podlagi utemeljene indikacije ali napotnice.
- Utemeljena indikacija po teh splošnih pogojih pomeni, da je specialistična preiskava ali zahtevna diagnostična preiskava upravičena, da jo je skladno z medicinsko doktrino predpisal pristojni zdravnik in da je primerna glede na zdravstveno stanje zavarovanca.
- Specialistične storitve so storitve, ki so potrebne za postavitve diagnoze ali za zdravljenje novonastale bolezni. To so zlasti specialistični ambulantni pregledi in pripadajoče preiskave (osnovne slikovne, funkcionalne in laboratorijske preiskave in meritve).
- Seznam vseh specialističnih storitev in diagnostičnih preiskav, katerih plačilo stroškov krije zavarovanje, je dostopen tudi na spletni strani zavarovalnice. Zavarovalnica lahko Seznam specialističnih storitev med trajanjem zavarovanja razširi z dodatnimi storitvami z objavo na spletni strani zavarovalnice www.prva.si.
- Zavarovalec ali zavarovanec lahko izbere med paketoma Standard in Nadstandard, pri čemer se lahko odloči tudi za soudeležbo.
- Paket Standard krije stroške specialističnih storitev in diagnostičnih preiskav pri zdravniku specialistu ali izvajalcu zdravstvenih storitev na podlagi napotnice. Zavarovanec lahko v zavarovalnem letu izkoristi tri (3) obravnave, pri čemer mora za vsako obravnavo pridobiti napotnico. V sklopu vsake obravnave lahko zavarovanec koristi največ tri (3) storitve. Če zavarovanec v predhodnem zavarovalnem letu obravnavi in izkoristi, je v tekočem zavarovalnem letu upravičen do največ štirih (4) obravnav.
- Paket Nadstandard omogoča izvedbo specialističnih storitev in diagnostičnih preiskav pri zdravniku specialistu ali izvajalcu zdravstvenih storitev tudi brez napotnice (razen za storitve diagnostičnih postopkov: magnetna resonanca (MR in MRA), RTG, računalniška tomografija (CT in CTA) in artrografija). Zavarovanec lahko v zavarovalnem letu izkoristi štiri (4) obravnave. V sklopu vsake obravnave lahko zavarovanec koristi največ tri (3) storitve. Zavarovanec lahko isto storitev koristi brez napotnice le, če je od prejšnje take storitve poteklo vsaj eno leto, nasprotno je za tako storitev obvezna napotnica.
- Zavarovalnica se obvezuje, da bo upravičencu omogočila izvedbo specialističnih storitev in diagnostičnih postopkov v največ desetih (10) delovnih dneh po dnevu odobritve zahtevka.
- Zavarovalnica si pridržuje pravico do pregleda upravičenosti predlaganih storitev, na katere je zavarovanec napoten ali jih opravi na podlagi pisnega napotila, s strani zdravnika cenzorja.
- Zavarovanje ne krije stroškov specialističnih storitev in zahtevnih diagnostičnih preiskav, ki niso vključene na Seznam specialističnih storitev, ter tistih, za katere ni utemeljene indikacije.
- Zavarovanje v skladu s temi pogoji krije stroške storitev s Seznama specialističnih storitev največ v količini, opredeljeni za izbrani paket.
- Zavarovalnica ima možnost ponuditi storitev, ki poteka na daljavo preko videoklica.

Zdravstvena točka PRVA Zdravje

5. člen:

- Zdravstvena točka PRVA Zdravje poleg koristi, opredeljenih v splošnih pogojih, zavarovancu in zavarovalcu zagotavlja vse potrebne informacije, izvaja avtorizacijo upravičenosti do kritja stroškov specialističnih storitev in zahtevnih diagnostičnih preiskav, obvešča zavarovanca o terminih obravnave in termine obravnave organizira ter zagotavlja celostno pomoč pri uveljavitvi pravic iz zavarovanja.

Omejitev in izključitve obveznosti zavarovalnice

6. člen:

- Ko se bolezen, stanje ali poškodba, opredeli kot kronična ali ponavljajoča se, zavarovalnica v zvezi s to boleznijo, stanjem ali poškodbo nima več obveznosti iz zavarovalne pogodbe, ne glede na to ali je bolezen, stanje ali poškodba novonastala ali pa se nanaša na obdobje pred sklenitvijo zavarovanja.
- Zavarovalnica nima obveznosti iz zavarovanja, če tako sledi iz splošnih pogojev. Ne glede na splošne pogoje in izbiro paketa zavarovalnica nima obveznosti iz zavarovanja niti:
 - za kritje stroškov zdravstvene obravnave v povezavi s predhodnimi stanji;
 - če zavarovanec uveljavlja pravice do obravnave, ne da bi to vnaprej najavil zdravstveni točki PRVA Zdravje in dobil njeno odobritev;
 - za kritje stroškov obravnave, ki ni na Seznamu specialističnih storitev.
- Zavarovanje ne krije stroškov:
 - medicinskotehničnih pripomočkov, zoboprotetičnih pripomočkov in nadomestkov, reševalnih prevozov, nujne medicinske pomoči, preventivne in zdravstvene nege;
 - storitev alternativnega, dopolnilnega ali poskusnega zdravljenja, ki v Sloveniji niso strokovno doktrinarno priznana medicinska metoda ali so poskusne metode;
 - patronažne zdravstvene nege;

- zdravstvenih storitev povezanih s kroničnimi boleznimi in ponavljajočimi se stanji, neplodnostjo, nosečnostjo, porodom, umetno oploditvijo, umetno prekinitvijo nosečnosti in sterilizacijo;
 - fizioterapije;
 - storitev za preventivo, razen izrecno navedenih na Seznamu specialističnih storitev;
 - genetskih bolezni in preiskav;
 - zdravljenja malignih bolezni;
 - zdravstvenih storitev, opravljenih iz estetskih razlogov;
 - zdravstvenih storitev za zdravljenje debelosti;
 - zdravstvenih storitev za zdravljenje posledic epidemij;
 - zdravljenja dioptrije z operativnim posegom;
 - zdravstvenih storitev za ugotavljanje delazmožnosti v postopkih za invalidsko komisijo in za ugotavljanje stanj v zavarovalniških ali sodnih postopkih;
 - zdravstvenih storitev, opravljenih pri izvajalcu, ki je ožji družinski član zavarovanca ali živi v skupnem gospodinjstvu z zavarovancem;
 - zdravstvenih storitev, za katere zavarovalnica ni dala soglasja;
 - prevoza do izvajalca zdravstvene storitve, nastanitve in prehrane, komunikacijskih stroškov, stroškov, povezanih s spremembovalcem, stroškov pridobivanja in posredovanja zdravstvene dokumentacije;
 - kadar zavarovalec ali zavarovavec predloži neresnične podatke, izvede prevaro in zamolči, ponaredi ali zlorabi informacije.
4. V primeru, da je bilo zavarovanje sklenjeno na način, da so bile določene storitve v povezavi z obstoječimi bolezenskimi stanji, poškodbami oziroma njihovimi posledicami, izključene iz zavarovanja, lahko zavarovavec zahteva izbris izključitev, če je to bolezensko stanje ali poškodba popolnoma sanirana, ozdravljena in zavarovavec v zadnjih dveh (2) letih od popolne ozdravitve ni imel nikakršnih posledic. K zahtevi za izbris izključitev mora zavarovavec predložiti ustrezno zdravstveno dokumentacijo, na podlagi katere zavarovalnica presoja upravičenost zahteve.

Obveznosti zavarovalca in zavarovanca ter posledice njihove neizpolnitve

7. člen:

1. Zavarovalec je dolžan zavarovalnici takoj sporočiti spremembo prebivališča ali spremembo sedeža.
2. Zavarovalec in zavarovavec sta ob sklenitvi zavarovanja zavarovalnici dolžna prijaviti vse okoliščine, pomembne za oceno nevarnosti, ki so jima znane ali jima niso mogle ostati neznane. Pomembne so zlasti tiste okoliščine, za katere je zavarovalnica postavila pisna vprašanja v ponudbi in vprašalniku o zdravstvenem stanju.
3. Ne glede na določila prvega odstavka tega člena, lahko zavarovalnica zaradi sprememb okoliščin, ki pomembno vplivajo na obveznosti ali poslovanje zavarovalnice, kot so spremembe stroškov zdravstvenih storitev ali z njim povezanih storitev, stroškov zdravlil ali medicinskih pripomočkov oziroma drugih nevarnostnih, ekonomskih ali drugih okoliščin, spremeni cenike zavarovanja. S spremembo cenikov se spremeni tudi višina premije za naslednja zavarovalna leta glede na starostne razrede. "
4. Če je zavarovalec ali zavarovavec namenoma neresnično prijavil ali namenoma zamolčal okoliščino, zaradi katere zavarovalnica ne bi sklenila pogodbe, če bi bila seznanjena z resničnim stanjem, lahko zavarovalnica zahteva razveljavitev zavarovanja ali odkloni plačilo stroškov specialističnih storitev in zahtevnih diagnostičnih preiskav za čas, preden je izvedela za tako okoliščino. Če je bilo zavarovanje razveljavljeno, zavarovalnica obdrži že plačane premije in ima pravico zahtevati plačilo premije za zavarovalno dobo, v kateri je zahtevala razveljavitev kritija. Pravica zavarovalnice, da zahteva razveljavitev zavarovanja, preneha, če v treh (3) mesecih od dneva, ko je izvedela za neresničnost prijave ali za zamolčanje, zavarovalcu ne izjavi, da jo namerava uporabiti.
5. Če je zavarovalec ali zavarovavec prijavil kaj neresničnega ali je opustil dolžno obvestilo in tega ni storil namenoma, lahko zavarovalnica po svoji izbiri (v enem mesecu od dneva, ko je izvedela za neresničnost ali nepopolnost prijave) izjavi, da odpoveduje zavarovanje, ali predlaga zvišanje premije v sorazmerju z večjo nevarnostjo. V takem primeru je zavarovanje odpovedano štirinajst (14) dni od dneva, ko je zavarovalnica zavarovalcu sporočila, da odpoveduje pogodbo. Če zavarovalnica predlaga zvišanje premije, je pogodba po zakonu odpovedana, če zavarovalec predloga ne sprejme v štirinajstih (14) dneh od dneva, ko ga je prejel. Če se zavarovanje odpove, mora zavarovalnica vrniti del premije za čas od dneva odpovedi zavarovanja do konca obdobja, za katero je bila plačana premija zavarovanja.

Dogovor o premiji

8. člen:

1. Višino premije sporazumno določita ponudnik in zavarovalnica po podatkih v ponudbi, predvsem glede na izbrani paket in zavarovančevo starost.
2. V primeru prehoda zavarovanja v višji starostni razred se ob začetku novega zavarovalnega leta višina premije za naslednja zavarovalna leta uskladi z veljavnim cenikom, pri čemer se upošteva zavarovančevo dejanska starost ob začetku novega zavarovalnega leta.
3. Ne glede na določila prvega odstavka tega člena lahko zavarovalnica zaradi sprememb okoliščin, ki pomembno vplivajo na obveznosti ali poslovanje zavarovalnice, na primer spremembe stroškov zdravstvenih storitev ali z njim povezanih storitev, stroškov zdravlil ali medicinskih pripomočkov ali drugih sprememb ekonomskih okoliščin, spremeni cenike zavarovanja. S spremembo cenikov se spremeni tudi višina premije za naslednja zavarovalna leta glede na starostne razrede.
4. V primeru spremembe cenika zavarovalnica o spremembi premije zavarovalca pisno obvesti vsaj tri (3) mesece pred iztekom tekočega zavarovalnega leta. Če se zavarovalec s predlogom spremembe ne strinja, o čemer mora zavarovalnico obvestiti najpozneje dva (2) meseca pred iztekom tekočega zavarovalnega leta, zavarovanje preneha z iztekom tekočega zavarovalnega leta.
5. Plačevanje premije se izvaja skladno s splošnimi pogoji.

Posledice zaradi neplačila premije

9. člen:

1. Obveznost zavarovalnice, da izplača zavarovalnino, preneha v primeru, če

- zavarovalec do zapadlosti ne plača zavarovalne premije, ki je zapadla po sklenitvi pogodbe, in tega tudi ne stori kdo drug, ki je za to zainteresiran, po tridesetih (30) dneh od dneva, ko je bilo zavarovalno vročeno priporočeno pismo zavarovalnice z obvestilom o zapadlosti premije, pri čemer pa se ta rok ne more izteči prej, preden ne preteče trideset (30) dni od zapadlosti premije.
2. Zavarovalnica lahko po izteku roka iz prejšnjega odstavka, če je zavarovalec v zamudi s plačilom premije, ki jo je treba plačati po sklenitvi pogodbe, oziroma druge in naslednjih premij, razdre zavarovalno pogodbo brez odpovednega roka. Razdrtje zavarovalne pogodbe nastopi z iztekom roka iz prejšnjega odstavka in s prenehanjem zavarovalnega kritija, če je bil zavarovalec na to opozorjen v priporočenem pismu z obvestilom o zapadlosti premije in o prenehanju zavarovalnega kritija.
3. Če zavarovalec plača premijo po izteku roka iz prvega (1.) odstavka, vendar v enem letu od zapadlosti premije, se obveznost zavarovalnice, da izplača zavarovalne premije in zamudnih obresti.
4. V primeru zamude pri plačilu zavarovalne premije lahko zavarovalnica od zavarovalca zahteva povračilo stroškov, ki so ji bili z zamudo povzročeni, in zaksanske zamudne obresti.
5. Zavarovalec ne more z neplačilom zavarovalne premije enostransko prekiniti zavarovanja.

Uveljavljanje pravic iz zavarovanja

10. člen:

1. Zavarovavec ali katera koli oseba, pooblaščenca, da zakonito nastopa v njegovem imenu za uveljavljanje pravic iz zavarovanja, uveljavlja te pravice na zdravstveni točki PRVA Zdravje skladno s splošnimi pogoji in temi posebnimi pogoji.
2. Po vzpostavitvi stika je zavarovavec na zdravstveni točki PRVA Zdravje pozvan k predložitvi podatka o številki police, potrebne zdravstvene dokumentacije in napotnice ali kopije potrdila elektronske napotnice, če je ta potrebna v skladu s temi posebnimi pogoji, ter vseh dokazil, s katerimi lahko izkaže upravičenost do kritija stroškov specialističnih storitev in/ali diagnostičnih preiskav. Zavarovalnica ima pravico zahtevati tudi druga dokazila, potrebna za ugotavljanje pravice do koriščenja specialistične storitve.
3. Na podlagi odobritve zavarovančevega zahtevka, zdravstvena točka PRVA Zdravje zavarovanca ponudi 2 (dva) termina specialistične storitve (v 10-dnevnem roku od odobritve zahtevka), na osebni elektronski naslov in na osebno številko mobilnega telefona pa pošlje sporočilo z izbranim terminom specialistične storitve, naziv in naslov izvajalca zdravstvene storitve, kontaktne podatke in vrsto naročene storitve, vključno z opozorilom glede morebitne odpovedi termina.
4. Zavarovavec se na zdravstveni točki PRVA Zdravje izmed ponujenih terminov, dogovorji za izbrani termin specialistične storitve.
5. Dogovorjeni termin storitve se upošteva kot napotilo za uveljavljanje pravice do zdravstvenih storitev v soglasju z zavarovalnico.
6. Zavarovavec pravice do kritija zdravstvenih storitev ne more uveljavljati pri izvajalcu zdravstvenih storitev, ki ni med pogodbenimi izvajalci zavarovalnice.
7. Zavarovavec lahko dogovorjeni termin izvedbe zdravstvenih storitev pri pogodbenem izvajalcu odpove ali predlaga spremembo le zaradi izrednih okoliščin, ki jih ni mogel pričakovati niti jih preprečiti. O tem mora nemudoma, ko je to mogoče obvestiti zdravstveno točko PRVA Zdravje, s čimer se šteje, da je zavarovalnica seznanjena z odpovedjo. Takemu obvestilu mora predložiti dokazila ali dokumentacijo o izrednih okoliščinah, zaradi katerih je odpovedal termin.
8. Če zavarovavec ne odpove termina po postopku, opisanem v 7. odstavku tega člena, se šteje, da je izkoristil organizirano storitev (specialistični pregled ali diagnostično preiskavo). Na termin za istovrstno specialistično storitev ali diagnostični pregled se kljub temu lahko naroči po klasičnem postopku in zanj ne velja enoletna prepoved koriščenja istovrstne storitve.
9. Če je v zavarovalni pogodbi dogovorjena soudeležba zavarovanca za opravljene zdravstvene storitve, plača zavarovavec ta delež stroška, ki se določi po veljavnem ceniku pogodbenega izvajalca, sam neposredno pogodbenemu izvajalcu oziroma plača znesek dogovorjene soudeležbe zavarovalnici, če je ta plačala pogodbenemu izvajalcu celoten znesek opravljene storitve.

Odpoved zavarovanja

11. člen:

1. Zavarovalec lahko odpove zavarovanje najmanj dva (2) meseca pred potekom tekočega zavarovalnega obdobja. Odpoved mora biti v pisni obliki in poslana na naslov zavarovalnice s priporočeno pošiljko.
2. Odpoved učinkuje od dneva poteka zavarovalnega obdobja (ki je najmanj en mesec po tem, ko zavarovalnica prejme priporočeno pošiljko).
3. Z dnem učinkovanja odpovedi preneha jamstvo zavarovalnice.
4. V primeru odpovedi zavarovanja zavarovalnica že plačanih premij ne vrne.
5. Zavarovalnica lahko redno odpove zavarovanje ob izteku tekočega zavarovalnega leta, če je odpoved podana najmanj tri (3) mesece pred iztekom zavarovalnega leta.

Stroški storitev

12. člen:

Višino stroškov storitev, ki jih zavarovalec zahteva posebej in ne izhajajo iz zavarovanja, določi zavarovalnica v ceniku, dostopnem na spletni strani zavarovalnice.

Končne določbe

13. člen:

1. Ti posebni pogoji dopolnjujejo Splošne pogoje za zdravstveno zavarovanje PRVA Zdravje. Zavarovalnica jih objavlja na spletnem naslovu www.prva.si.
2. Ti posebni pogoji veljajo in se uporabljajo od 1. 8. 2023.

PRVA Osebna zavarovalnica, d.d., Fajfarjeva ulica 33, Ljubljana, matična številka: 2295431, ID za DDV: SI86404024; registrirana pri Okrožnem sodišču v Ljubljani, dne 5. 7. 2007, št. vl.: 1/46967/00, osnovni kapital: 6.700.000,00 EUR

info@prva.si, 080 88 08, www.prva.si

Splošne določbe

1. člen:

- Posebni pogoji za zdravstveno zavarovanje Zdravila (v nadaljnjem besedilu: posebni pogoji) so skupaj s Splošnimi pogoji za zdravstveno zavarovanje PRVA Zdravje (v nadaljnjem besedilu: splošni pogoji) sestavni del zavarovalne pogodbe o zdravstvenem zavarovanju, ki jo zavarovalec sklene s PRVO Osebno zavarovalnico, d. d. (v nadaljnjem besedilu: zavarovalnica).
- S temi posebnimi pogoji se urejajo medsebojni odnosi med zavarovalcem in zavarovalnico, ki izvirajo iz zdravstvenega zavarovanja Zdravila (v nadaljnjem besedilu: zavarovanje). To zavarovanje omogoča zavarovanje za primer kritja stroškov zdravil, predpisanih pri izvajalcu zdravstvenih storitev iz mreže zdravstvenih zavodov zavarovalnice, ter je natančno urejeno v splošnih pogojih in teh posebnih pogojih.

Sklenitev zavarovanja

2. člen:

- Osebe to zavarovanje sklenejo skladno s splošnimi pogoji. Zavarovalnica se z zavarovalno pogodbo obvezuje, da bo ob zavarovalnem primeru v skladu z veljavnimi pogoji krila plačilo stroškov zdravil.
- Tega zavarovanja ni mogoče kapitalizirati, odkupiti, obnoviti niti ni mogoče zanj zahtevati preudajma ali mirovanja.
- Za to zavarovanje ni predvidena udeležba pri dobičku.

Trajanje zavarovanja in jamstvo

3. člen:

- Zavarovanje začne veljati ob 00.00 tistega dne, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja.
- Zavarovalec ima pravico do vsakokratnega podaljšanja zavarovanja za eno leto pod enakimi pogoji, pri čemer se podaljšanje izvede molče, razen v primerih iz 3. in 4. točke tega člena in 3. točke 8. člena teh pogojev.
- Zavarovanje se ne podaljša, če zavarovalec odpove pogodbo v skladu z 11. členom teh pogojev.
- Zavarovanje se ne podaljša niti, če (i) je zavarovalnica prenehala izvajati zavarovanje, (ii) je zavarovalec ali zavarovanec ravnal v nasprotju z zavarovalno pogodbo ali (iii) so nastale okoliščine, zaradi katerih zavarovalnica zavarovalne pogodbe ne bi sklenila ali je ne bi sklenila pod navedenimi pogoji.
- Zavarovalnica o okoliščinah iz 4. točke tega člena zavarovalca obvesti vsaj tri (3) mesece pred iztekom tekočega zavarovalnega obdobja.
- Jamstvo zavarovalnice se začne najprej po dveh (2) mesecih od začetka zavarovanja (čakalna doba), razen za kritje stroškov zdravil, ki so predpisana za zdravljenje poškodb, ki so nastale po začetku zavarovanja. Če je zavarovanec v zavarovalnem letu že izkoristil kritje stroškov zdravil v višini zavarovalne vsote, zavarovanje do začetka naslednjega zavarovalnega leta nima zavarovalnega jamstva.
- Ko zavarovanec v zavarovalnem letu izkoristi zavarovalno vsoto, zavarovanja ni mogoče prekiniti pred potekom tekočega zavarovalnega leta.

Predmet zavarovanja

4. člen:

- Zavarovalec se z zavarovalno pogodbo obvezuje, da bo zavarovalnici plačeval dogovorjeno premijo, zavarovalnica pa se obvezuje, da bo povrnila stroške zdravil, izdanih na beli, samoplačniški recept v skladu z zavarovanjem in temi pogoji.
- Zavarovanje krije stroške zdravil le, če jih skladno z obravnavano diagnozo, navedeno v zadevni zdravstveni dokumentaciji, z medicinsko doktrino in smernicami predpiše zdravnik specialist s svojega strokovnega področja, ob izvedbi specialistične obravnave, diagnostične preiskave ali operativnega posega v okviru zavarovanja Specialisti, Rehabilitacije ali Operacije, skladno z diagnozo.
- Zavarovanje krije stroške zdravil, ki imajo dovoljenje za promet v Republiki Sloveniji, so predpisana v skladu s strokovnimi navodili za predpis zdravil, se izdajo v lekarni v Republiki Sloveniji in so izdana na belem, samoplačniškem receptu.
- Ob posamezni specialistični obravnavi, diagnostični preiskavi ali operativnem posegu v okviru zavarovanja Specialisti, Rehabilitacije ali Operacije, skladno z diagnozo, zavarovanje krije stroške zdravil za največ 30 dni.
- Upravičenec lahko v zavarovalnem letu izkoristi kritje stroškov zdravil do višine letne zavarovalne vsote.
- Zavarovalnica se obvezuje, da bo upravičencu povrnila strošek nakupa predpisanih zdravil na podlagi izdanega in plačanega računa lekarne v največ desetih (10) delovnih dneh po odobritvi zahtevka in prejemu popolne dokumentacije.

Zdravstvena točka PRVA Zdravje

5. člen:

- Zdravstvena točka PRVA Zdravje poleg nalog, opredeljenih v splošnih pogojih, zavarovalnici in zavarovalcu zagotavlja vse potrebne informacije, preverja upravičenost do kritja stroškov zdravil in zagotavlja celostno pomoč pri uveljavitvi pravic iz zavarovanja.

Omejitve in izključitve obveznosti zavarovalnice

6. člen:

- Zavarovalnica nima obveznosti iz zavarovalne pogodbe, če tako sledi iz splošnih pogojev. Ne glede na splošne pogoje in izbiro paketa zavarovalnica nima obveznosti iz zavarovanja niti:
 - za kritje stroškov zdravil v povezavi s predhodnimi stanji;
 - za kritje stroškov zdravil za zdravljenje novonastale bolezni, stanja in poškodbe, ki se opredelijo kot kronični ali ponavljajoči se, ne glede na to ali je bolezen, stanje ali poškodba novonastala ali pa se nanaša na obdobje pred sklenitvijo zavarovanja.
- Zavarovanje ne krije stroškov:
 - zdravil, ki niso izdana na beli recept;
 - zdravil, ki jih izda zdravnik, ki ni iz mreže pogodbenih partnerjev zavarovalnice
 - nadomestnih zdravil, ki so primerljiva predpisanemu zdravilu;
 - zdravil, ki niso predpisana skladno z diagnozo in niso navedena v zdravstveni dokumentaciji;
 - medicinskotehničnih pripomočkov, zobnoprostetičnih pripomočkov in nadomestkov;
 - storitev alternativnega, dopolnilnega in poskusnega zdravljenja, ki v Sloveniji niso strokovno doktrinarno priznana medicinska metoda ali so poskusne metode;
 - zdravil, ki se uporabljajo za zdravljenje genetskih bolezni in preiskav ali za zdravljenje malignih bolezni;
 - zdravil, za katera velja poseben režim predpisovanja;
 - zdravil, ki jih je treba uporabljati zaradi zdravstvenih storitev, opravljenih iz estetskih razlogov;
 - zdravil, ki se uporabljajo za zdravljenje debelosti, erektilne disfunkcije ali odpravo androgene plešavosti;
 - zdravil, ki jih je treba uporabljati zaradi katerega koli operativnega posega na očeh;
 - zdravil, ki so predpisana le v preventivne namene;
 - zdravil za osebo, ki je ožji družinski član zavarovanca ali živi v skupnem gospodinjstvu z zavarovancem;
 - kadar zavarovalec ali zavarovanec predloži neresnične podatke, izvede prevaro in zamolči, ponaredi ali zlorabi informacije;
 - zdravil, ki jih je treba uporabljati zaradi neodgovornega ravnanja ali opustitve potrebnega ravnanja zavarovanca, in če se zavarovanec ne drži navodil lečečega zdravnika;
 - zdravil, ki bi jih zavarovanec potreboval zaradi zdravljenja poškodb ali bolezni, ki so nastale med organiziranim športnim udejstvom (tekmovalni, treningi, prireditve);
 - zdravil v obliki injekcij ali ampul in imunskih serumov, imunoglobulinov ter krvnih izdelkov in cepiv;
 - zdravil, ki so znova izdana in imajo enako učinkovino kot predhodno izdana zdravila za enak razlog obravnave;
 - ki bi lahko nastali s pridobitvijo zdravil, kot so prevoz, poštnina ipd.
- V primeru, da je bilo zavarovanje sklenjeno na način, da so bile določenestoritev v povezavi z obstoječimi bolezenskimi stanji, poškodbami oziroma njihovimi posledicami, izključene iz zavarovanja, lahko zavarovanec zahteva izbris izključitev, če je to bolezensko stanje ali poškodba popolnoma sanirana, ozdravljena in zavarovanec v zadnjih dveh (2) letih od popolne ozdravitve ni imel nikakršnih posledic. K zahtevi za izbris izključitev mora zavarovanec predložiti ustrezno zdravstveno dokumentacijo, na podlagi katere zavarovalnica presoja upravičenost zahteve.

Obveznosti zavarovalca in zavarovanca ter posledice njihove neizpolnitve

7. člen:

- Zavarovalec je dolžan zavarovalnici takoj sporočiti spremembo prebivališča ali spremembo sedeža.
- Zavarovalec in zavarovanec sta ob sklenitvi zavarovanja zavarovalnici dolžna prijavit vse okoliščine, pomembne za oceno nevarnosti, ki so jima znane ali jima niso mogle ostati neznane. Pomembne so zlasti tiste okoliščine, za katere je zavarovalnica postavila pisna vprašanja v ponudbi in vprašalniku o zdravstvenem stanju.
- Če je zavarovalec ali zavarovanec namenoma neresnično prijavi ali namenoma zamolčal okoliščino, zaradi katere zavarovalnica ne bi sklenila zavarovanja, če bi bila seznanjena z resničnim stanjem, lahko zavarovalnica zahteva razveljavitev zavarovanja ali odkloni plačilo stroškov zdravil za čas, preden je izvedela za tako okoliščino. Če je bilo zavarovanje razveljavljeno, zavarovalnica obdrži že plačane premije in ima pravico zahtevati plačilo premije do konca obdobja zavarovanja, v katerem je zahtevala razveljavitev kritja. Pravica zavarovalnice, da zahteva razveljavitev zavarovanja, preneha, če v treh (3) mesecih od dneva, ko je izvedela za neresničnost prijave ali za zamolčanje, zavarovalcu ne izjavi, da jo namerava uporabiti.
- Če je zavarovalec ali zavarovanec prijavi kaj neresničnega ali je opustil dolžno obvestilo in tega ni storil namenoma, lahko zavarovalnica po svoji izbiri (v enem mesecu od dneva, ko je izvedela za neresničnost ali nepopolnost prijave) izjavi, da odpoveduje zavarovanje, ali predlaga zvišanje premije v sorazmerju z večjo nevarnostjo. Če zavarovalnica izjavi, da odpoveduje zavarovanje, je zavarovanje

odpovedano štirinajst (14) dni od dneva, ko je zavarovalnica zavarovalcu sporočila, da odpoveduje zavarovanje. Če zavarovalnica predlaga zvišanje premije, je zavarovanje po zakonu odpovedano, če zavarovalec predloga ne sprejme v štirinajstih (14) dneh od dneva, ko ga je prejel. Če se zavarovanje odpove, mora zavarovalnica vrniti del premije za čas od dneva odpovedi zavarovanja do konca obdobja, za katero je bila plačana premija zavarovanja.

Dogovor o premiji

8. člen:

1. Višino premije sporazumno določita ponudnik in zavarovalnica po podatkih v ponudbi, predvsem glede na zavarovančevo starost.
2. Ne glede na določila prvega odstavka tega člena lahko zavarovalnica zaradi sprememb okoliščin, ki pomembno vplivajo na obveznosti ali poslovanje zavarovalnice, na primer spremembe stroškov zdravstvenih storitev ali z njim povezanih storitev, stroškov zdravil ali medicinskih pripomočkov ali drugih sprememb ekonomskih okoliščin, spremeni višino premije.
3. Zavarovalnica v primeru spremembe premije zavarovalca pisno obvesti vsaj tri (3) mesece pred iztekom tekočega zavarovalnega leta. Če se zavarovalec s predlogom spremembe ne strinja, o čemer mora zavarovalnico obvestiti najpozneje dva (2) meseca pred iztekom tekočega zavarovalnega leta, zavarovanje preneha z iztekom tekočega zavarovalnega leta.
4. Plačevanje premije se izvaja skladno s splošnimi pogoji.

Posledice zaradi neplačila premije

9. člen:

1. Obveznost zavarovalnice, da izplača zavarovalnino, preneha, če zavarovalec do zapadlosti ne plača zavarovalne premije, ki je zapadla po sklenitvi pogodbe, in tega ne stori kdo drug, ki je za to zainteresiran, po tridesetih (30) dneh od dneva, ko je bilo zavarovalcu vročeno priporočeno pismo zavarovalnice z obvestilom o zapadlosti premije, pri čemer se ta rok ne more izteči prej, preden ne preteče trideset (30) dni od zapadlosti premije.
2. Zavarovalnica lahko po izteku roka iz prejšnje točke, če je zavarovalec v zamudi s plačilom premije, ki jo je treba plačati po sklenitvi pogodbe, oziroma druge in naslednjih premij, razdrži zavarovalno pogodbo brez odpovednega roka. Razdržitje zavarovalne pogodbe nastopi z iztekom roka iz prejšnje točke in s prenehanjem zavarovalnega kritja, če je bil zavarovalec na to opozorjen v priporočenem pismu z obvestilom o zapadlosti premije in o prenehanju zavarovalnega kritja.
3. Če zavarovalec plača premijo po izteku roka iz 1. točke, vendar v enem letu od zapadlosti premije, se obveznost zavarovalnice, da izplača zavarovalnino, znova vzpostavi naslednji dan po dnevu plačila celotne zapadle zavarovalne premije in zamudnih obresti.
4. V primeru zamude pri plačilu zavarovalne premije lahko zavarovalnica od zavarovalca zahteva povračilo stroškov, ki so ji bili povzročeni z zamudo, in zakonske zamudne obresti.
5. Zavarovalec ne more z neplačilom zavarovalne premije enostransko prekiniti zavarovanja.

Uveljavljanje pravic iz zavarovanja

10. člen:

1. Zavarovanec ali katera koli oseba, pooblaščenca, da zakonito nastopa v njegovem imenu za uveljavljanje pravic iz zavarovanja, uveljavlja te pravice na zdravstveni točki PRVA Zdravje skladno s splošnimi pogoji in temi posebnimi pogoji.
2. Če je upravičenec mladoletna oseba, se povračilo stroškov do zavarovalne vsote izplača njegovim staršem ali skrbniku oz. zakonitemu zastopniku.
3. Po vzpostavitvi stika je zavarovanec na zdravstveni točki PRVA Zdravje pozvan k predložitvi podatka o številki police, računa nakupa zdravil in potrebne zdravstvene dokumentacije, na primer izvida, na podlagi katerega je bilo zdravilo predpisano in izdano, ter vseh dokazil, s katerimi lahko izkaže upravičenost do kritja stroškov zdravil. Zavarovalnica ima pravico zahtevati tudi druga dokazila, potrebna za ugotavljanje pravice do koriščenja povračila stroškov zdravil.
4. Na podlagi odobritve zavarovančevega zahtevka zdravstvena točka PRVA Zdravje zavarovancu na osebni račun vrne strošek nakupa zdravil, do katerega je upravičen.
5. Zavarovanec pravice do kritja stroškov zdravil ne more uveljavljati, če je zdravilo predpisal zdravnik, ki ni med pogodbenimi izvajalci zavarovalnice.

Odpoved zavarovanja

11. člen:

1. Zavarovalec lahko odpove zavarovanje najmanj dva (2) meseca pred potekom tekočega zavarovalnega obdobja. Odpoved mora biti v pisni obliki in poslana na naslov zavarovalnice s priporočeno pošiljko.
2. Odpoved učinkuje od dneva poteka zavarovalnega obdobja.
3. Z dnem učinkovanja odpovedi preneha jamstvo zavarovalnice.
4. V primeru odpovedi zavarovanja zavarovalnica že plačanih premij ne vrne.
5. Zavarovalnica lahko redno odpove zavarovanje ob izteku tekočega zavarovalnega leta, če je odpoved podana najmanj tri (3) mesece pred iztekom zavarovalnega leta.

Končni določbi

12. člen:

1. Ti posebni pogoji dopolnjujejo Splošne pogoje za zdravstveno zavarovanje PRVA Zdravje. Če so v nasprotju s splošnimi pogoji, veljajo ti posebni pogoji. Zavarovalnica jih objavlja na spletnem naslovu www.prva.si.
2. Ti posebni pogoji veljajo in se uporabljajo od 1. 8. 2023.

PRVA Osebna zavarovalnica, d.d., Fajfarjeva ulica 33, Ljubljana, matična številka: 2295431, ID za DDV: SI86404024, registrirana pri Okrožnem sodišču v Ljubljani dne 5. 7. 2007, št. vl.: 1/46967/00, osnovni kapital: 6.700.000,00 EUR

PRVA Osebna zavarovalnica, d.d.

Fajfarjeva ulica 33

1000 Ljubljana

info@prva.si

080 88 08

www.prva.si