

## POSEBNI POGOJI ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE PSIHOLOŠKA POMOČ IN REHABILITACIJE

### Splošne določbe

#### 1. člen

- (1) Posebni pogoji za zdravstveno zavarovanje Psihološka pomoč in rehabilitacija (v nadaljnjem besedilu: posebni pogoji) so skupaj s prilogama Seznam psiholoških in rehabilitacijskih obravnjav in postopkov 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).
- (2) S temi posebnimi pogoji se urejajo medsebojni odnosi med zavarovalcem in zavarovalnico, ki izvirajo iz zdravstvenega zavarovanja Psihološka pomoč in rehabilitacije. Zdravstveno zavarovanje Psihološka pomoč in rehabilitacije (v nadaljnjem besedilu: zavarovanje) je zdravstveno zavarovanje za primer kritja stroškov rehabilitacijskih obravnjav pri izvajalcu zdravstvenih storitev in obravnjav psihološke pomoči ob kriznih situacijah, ter je natančno urejeno v splošnih pogojih in teh posebnih pogojih.
- (3) Pomen nekaterih izrazov, uporabljenih v teh pogojih:
  - **rehabilitacijska obravnava** je fizioterapevtska obravnava, obravnava s področja delovne ali protibolečinske terapije, njen cilj pa je usposobiti onespobljeno osebo oziroma osebo, nezmožno za delo ali izobraževanje, da doseže najvišjo možno stopnjo zdravja in usposobljenosti glede na svoje zmognosti;
  - **krizna situacija** je nenaden, nepričakovan ali zelo intenziven dogodek, ki poruši človekovo čustveno ravnovesje in preseže njegove običajne zmognosti spoprijemanja s krizno situacijo. Posameznik se znajde v stiski, ker z dotedanjimi strategijami ne zmore učinkovito obvladati razmer. Primeri kriznih situacij: nenadna smrt ali izguba bližnjega, nezgoda zavarovanca ali njegovega ožjega družinskega člana, ki pusti trajne posledice, diagnoza hude bolezni, navedene v Dodatku k tem posebnim pogojem, zavarovanca ali njegovega ožjega družinskega člana, izguba osebnega premoženja, potrebnega za preživetje (osebni stečaj), sodna obravnava zavarovanca ali njegovega ožjega družinskega člana, poporodna depresija, izgorelost, kjer traja bolniška odsotnost več kot 30 dni, fizično, spolno nasilje v družini ali izven nje;
  - **psihološka pomoč** je obravnava, ki posamezniku v trenutkih intenzivne življenjske stiske ali po travmatičnem dogodku nudi strokovno, usmerjeno in časovno omejeno podporo. Osredotoča se na stabilizacijo čustvenega stanja, zmanjšanje občutka stiske ter krepitev sposobnosti obvladovanja kriznih razmer;
  - **duševna motnja** je bolezen, pri kateri pride do motenj v mišljenju, čustvovanju, zaznavanju in vedenju ter prizadetosti spoznavnih sposobnosti in spomina. Diagnozo postavi specialist psihiatrije, nevrologije, klinične psihologije ali družinske medicine;
  - **nujna psihiatrična pomoč** je strokovna medicinska intervencija, ki jo posameznik potrebuje takoj ali v zelo kratkem času, ker obstaja resna nevarnost za njegovo življenje, zdravje ali varnost drugih zaradi akutne duševne stiske ali poslabšanja duševne motnje (npr. psihoza, samomorilnost, akutna tesnoba, nasilno vedenje, dezorientacija, shizofrenija, panični napad, agresivnost in agitacija, delirij);
  - **obrnava** po teh pogojih pomeni rehabilitacijsko obravnavo ali posamezno obravnavo iz nabora storitev psihološke pomoči.

### Sklenitev zavarovanja

#### 2. člen

- (1) To zavarovanje lahko sklenejo osebe, ki izpolnjujejo pogoje za sklenitev zavarovanja na podlagi splošnih pogojev, pri čemer zavarovanec ob sklenitvi ne more biti mlajši od petnajst (15) let.

### Trajanje zavarovanja in jamstvo

#### 3. člen

- (1) Zavarovanje začne veljati ob 00.00 tistega dne, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja in preneha ob 24.00 tistega dne, ki je na polici naveden kot datum prenehanja zavarovanja.
- (2) Zavarovalec ima pravico do vsakokratnega podaljšanja zavarovanja za eno zavarovalno leto pod enakimi pogoji določenimi v zavarovalni pogodbi, pri čemer se podaljšanje izvede molče, razen v primerih iz tega člena in 6. člena teh posebnih pogojev.
- (3) Zavarovanje se ne podaljša, če zavarovalec odpove pogodbo v skladu s splošnimi pogoji.
- (4) 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. O okoliščinah iz tega odstavka zavarovalnica obvesti zavarovalca najkasneje dva (2) meseca pred iztekom tekočega zavarovalnega obdobja.
- (5) V primeru sprememb obsega storitev zavarovanja ali načina izvajanja storitev zavarovanja bo zavarovalnica zavarovalca o spremembi obvestila najkasneje dva (2) meseca pred pričetkom uveljavitve sprememb. Če se zavarovalec s predlogom spremembe ne strinja, o čemer mora zavarovalnico obvestiti v roku enega (1) meseca od prejema obvestila zavarovalnice, se zavarovanje prekine s dnem uveljavitve sprememb. Če zavarovalec v navedenem roku ne odstopi od zavarovalne pogodbe se le-ta podaljša pod spremenjenimi pogoji. Ne glede na navedeno zavarovalec nima pravice do odstopa od zavarovanja, če se s spremembo povečuje nabor storitev zavarovanja ali zgolj spreminja način oziroma metoda zdravljenja ali način izvajanja storitev zavarovanja in le-to nima negativnih učinkov za zavarovanca, je sprememba zgolj administrativne narave ali je sprememba potrebna zaradi usklajitve z zakonodajo. Zavarovalnica bo taka obvestila objavila izključno na svoji spletni strani.
- (6) Jamstvo zavarovalnice se začne najprej po dveh (2) mesecih od začetka zavarovanja (čakalna doba), razen za poškodbe, ki so nastale po začetku zavarovanja.
- (7) Ko zavarovanec v zavarovalnem letu izkoristi letno število obravnjav, zavarovanja ni mogoče prekiniti pred potekom tekočega zavarovalnega leta. Če je zavarovanec v zavarovalnem letu že izkoristil letno število obravnjav, zavarovanje do začetka naslednjega zavarovalnega leta nima zavarovalnega jamstva.

### Predmet zavarovanja

#### 4. člen

- (1) 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 zavarovanca zagotovil izvedbo obravnave s Seznama psiholoških in rehabilitacijskih obravnjav in postopkov ter da bo zavarovalnica kriala stroške obravnjav v skladu z zavarovanjem in temi pogoji.
- (2) Zavarovanje krije stroške rehabilitacijskih obravnjav le v primeru, da so te utemeljene. Utemeljenost rehabilitacij po teh pogojih pomeni, da je rehabilitacijska obravnava upravičena, da jo je skladno z medicinsko doktrino predpisal pristojni zdravnik in da je primerna glede na zdravstveno stanje zavarovanca. Utemeljenost psihološke pomoči zavarovanec dokazuje z ustreznimi dokazili, ki se razlikujejo glede na krizno situacijo (zdravstvena dokumentacija v primeru izgorelosti odločba, izdana s strani zdravstvene komisije ZZS, o bolniški odsotnosti, daljši od 30 dni, mrliški list, policijski zapisnik hujše nezgode, policijski zapisnik, sodba, sklep ali druga sodna odločba v primeru fizičnega in spolnega nasilja v družini ali izven nje, potrdilo o invalidnosti) in ostalimi dokazili, ki jih po potrebi lahko zahteva zavarovalnica za določitev upravičenosti.
- (3) Zavarovanec lahko koristi zavarovanje z ustrezno dokumentacijo v obdobju šest (6) mesecev po dogodku oziroma postavljeni diagnozi.
- (4) Seznam psiholoških in rehabilitacijskih obravnjav in postopkov, katerih plačilo stroškov krije zavarovanje in od katerih vsaka obravnava pomeni en zavarovalni primer, je priloga teh pogojev (Seznam psiholoških in rehabilitacijskih obravnjav in postopkov) ter je dostopen tudi na spletni strani zavarovalnice. Zavarovalnica lahko Seznam psiholoških in rehabilitacijskih obravnjav in postopkov med trajanjem zavarovanja razširi z dodatnimi obravnjavami in postopki z objavo na spletni strani zavarovalnice [www.prva.si](http://www.prva.si). Upravičenec lahko v zavarovalnem letu izkoristi do osem (8) obravnjav, pri čemer mora biti vsaka od obravnjav utemeljena. Število obravnjav za rehabilitacije in obravnjav psihološke pomoči se šteje v skupno kvoto največ 8 obravnjav.
- (5) Zavarovalnica se obvezuje, da bo upravičencu omogočila začetek izvajanja obravnjav v največ desetih (10) delovnih dneh po dnevu odobritve zahtevka.
- (6) Zavarovanje ne krije stroškov obravnjav, ki niso vključene na Seznam psiholoških in rehabilitacijskih obravnjav in postopkov, ter tistih, ki so vključene, vendar niso utemeljene.
- (7) Zavarovanec psihološko pomoč v dogovoru s zavarovalnico prejme v prostorih izvajalca ali na daljavo, v kolikor izbrani izvajalec omogoča izvajanje psihološke pomoči na daljavo.

### Omejitve in izključitve obveznosti zavarovalnice

#### 5. člen

- (1) Ko se bolezen, stanje ali poškodba, opredeli kot kronična ali ponavljajoča se, zavarovalnica v zvezi s to boleznijo, stanjem, diagnozo 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.
- (2) Za posamezno bolezen, stanje, poškodbo ali diagnozo lahko zavarovanec koristi psihološko pomoč in/ali rehabilitacijsko obravnavo le enkrat tekom trajanja zavarovanja.
- (3) 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 obravnjav 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 obravnjav, ki niso na Seznamu psiholoških in rehabilitacijskih obravnjav in postopkov.
- (4) Zavarovanje ne krije stroškov:
  - medicinskotehničnih pripomočkov, zobnoprotetičnih pripomočkov in nadomestkov, reševalnih prevozov, nujne medicinske pomoči, preventive in zdravstvene nege;
  - storitev alternativnega, dopolnilnega ali poskusnega zdravljenja, ki v Sloveniji niso strokovno doktrinarno priznana medicinska metoda ali so poskusne metode;
  - fizioterije;
  - patronažne zdravstvene nege;
  - specialne fizioterapevtske obravnave (specFO);
  - zdravstvenih storitev, povezanih s kroničnimi boleznimi in ponavljajočimi se stanji, neplodnostjo, nosečnostjo, porodom, umetno oploditvijo, umetno prekinitvijo nosečnosti in sterilizacijo;
  - rehabilitacijskih obravnjav za preventivo, razen v primeru izrecno navedenih na Seznamu psiholoških in rehabilitacijskih obravnjav in postopkov;
  - rehabilitacijskih obravnjav, ki so posledica genetskih bolezni in preiskav;
  - rehabilitacijskih obravnjav, ki so posledica zdravljenja malignih bolezni;
  - rehabilitacijskih obravnjav, ki so posledica zdravstvenih storitev, opravljenih iz estetskih razlogov;
  - rehabilitacijskih obravnjav, ki so posledica zdravstvenih storitev za zdravljenje debelosti;
  - rehabilitacijskih obravnjav, ki so posledica zdravstvenih storitev za zdravljenje posledic epidemij;
  - rehabilitacijskih obravnjav, ki so posledica kakršnega koli operativnega posega na obeh;
  - 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 obravnave, nastanitve in prehrane, komunikacijskih stroškov, stroškov, povezanih s spremljevalcem, stroškov pridobivanja in posredovanja zdravstvene ali druge dokumentacije na željo zavarovanca, izvajalca ali zavarovalnice;
  - kadar zavarovalec ali zavarovanec predloži neresnične podatke, izvede prevaro, zamolči, ponaredi ali zlorabi informacije;
  - ponovnega zdravlilškega zdravljenja ali ponovne rehabilitacijske obravnave po isti poškodbi ali bolezni;
  - za kritje stroškov rehabilitacijskih obravnjav, ki se koristijo po preteku pol

- leta po nastanku novonastale bolezni ali poškodbe, pri čemer se obdobje pol leta začne upoštevati po tistem, ko je bil zavarovanec na podlagi medicinske indikacije sposoben za izvedbo rehabilitacijske obravnave;
- za kritje stroškov obravnave psihološke pomoči, ki se koristijo po preteku pol leta od nastanka kriznega dogodka;
  - obravnave, katerih potreba je posledica neodgovornega ravnanja oziroma opustitve potrebnega ravnanja zavarovanca, ter če se zavarovanec ne drži navodil lečečega zdravnika;
  - zdraviliškega zdravljenja;
  - diagnosticiranje in zdravljenje duševnih motenj ali odvisnosti (avtizem, ADHD, anoreksija, bulimija, prenejanje, samopoškodovanje, furring, disleksija, depresija, fobija, Tourettev sindrom);
  - izvedba psihoterapevtske storitve pri izvajalcu, ki ni vključen v mrežo izvajalcev zavarovalnice;
  - skupinske psihoterapevtske terapije;
  - izvajanje metod individualnega usmerjanja (npr. coachinga);
  - izvedba storitev, ki jih izvaja specialist psihiater ali drug strokovnjak, razen če gre za storitev psihološke pomoči v okviru psihoterapije;
  - izvedba družinske psihoterapije;
  - izvedba partnerske psihoterapije;
  - izvedba nujne psihiatrične pomoči;
  - izvedba psihoterapije, ki je namenjena profesionalnim športnikom;
  - izvedba psihoterapije pri izvajalcih, ki so ožji družinski člani zavarovanca ali živijo v skupnem gospodinjstvu z zavarovancem;
  - izvedba psihoterapije, katerih potreba je posledica zlorabe alkohola in/ali psihoaktivnih substanc;
  - kadar zavarovalec ali zavarovanec predloži neresnične podatke, izvede prevaro, zamolči, ponaredi ali zlorabi informacije;
  - zdravi.
- (5) 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 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.

## Dogovor o premiji

### 6. člen

- (1) Zavarovalna premija je določena v zavarovalni pogodbi in velja do izteka zavarovalnega obdobja. Zavarovalnica lahko ob izteku zavarovalnega obdobja predlaga spremembo premijskih cenikov zavarovanja.
- (2) Ne glede na določila prejšnjega odstavka tega člena, lahko zavarovalnica tudi znotraj prvega zavarovalnega obdobja, ki traja več let, zaradi sprememb okoliščin, ki pomembno vplivajo na obveznosti ali poslovanje zavarovalnice, na primer spremembe stroškov obravnave ali z njim povezanih storitev, stroškov zdravi ali medicinskih pripomočkov ali drugih sprememb ekonomskih okoliščin, spremeni premijske cenike zavarovanja.
- (3) V primeru spremembe premijskega cenika zavarovanj skladno s 1. in 2. odstavkom tega člena zavarovalnica o spremembi zavarovalca pisno obvesti najkasneje dva (2) meseca pred iztekom tekočega zavarovalnega leta. Če se zavarovalec s predlogom spremembe ne strinja, o čemer mora zavarovalnico obvestiti najkasneje en (1) mesec pred iztekom tega zavarovalnega leta, zavarovanje preneha z iztekom zavarovalnega leta. Če zavarovalec v navedenem roku ne odstopi od zavarovalne pogodbe se le-ta podaljša pod spremenjenimi pogoji. S spremembo premijskih cenikov se uskladi tudi višina premije za naslednja zavarovalna leta glede na starostne razrede.
- (4) Za plačevanje premije in posledice neplačila premije se uporabljajo določila splošnih pogojev.

## Uveljavljanje pravic iz zavarovanja

### 7. člen

- (1) Zavarovanec ali katera koli oseba, ki je pooblaščen, 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 zavarovanec na zdravstveni točki PRVA Zdravje pozvan k predložitvi podatka o številki police, potrebne zdravstvene dokumentacije in delovnega naloga ali napotnice oziroma kopije potrdila elektronske napotnice, če je ta potrebna v skladu s temi posebnimi ali v skladu s splošnimi pogoji, ter vseh potrebnih dokazil, s katerimi lahko izkaže upravičenost do kritja stroškov obravnave po delovnem nalogu ali glede na krizno situacijo. Zavarovalnica ima pravico zahtevati tudi druga dokazila, potrebna za ugotavljanje pravice do koriščenja posamezne obravnave.
- (3) Na podlagi odobritve zavarovančevega zahtevka zdravstvena točka PRVA Zdravje zavarovancu na osebni elektronski naslov in/ali na osebno številko mobilnega telefona pošlje sporočilo, v katerem odredi dva (2) termina za začetek obravnave (v 10-dnevnem roku od odobritve zahtevka), naziv in naslov izvajalca, kontaktne podatke in vrsto naročene obravnave, vključno z opozorilom glede morebitne odpovedi termina.
- (4) Zavarovanec se na zdravstveni točki PRVA Zdravje dogovori za izbrani termin začetka izvedbe obravnave.
- (5) Ko se zavarovanec dogovori za termin izvedbe obravnave, se to upošteva kot napotilo za uveljavljanje pravice do obravnave v soglasju z zavarovalnico.
- (6) Zavarovanec lahko pravice do kritja zdravstvenih storitev uveljavlja samo pri pogodbenih izvajalcih zdravstvenih storitev zavarovalnice.
- (7) Izjemoma lahko na podlagi medicinske dokumentacije in v primeru avtorizacije s strani zavarovalnice zdravstveno storitev organizira zavarovanec tudi sam. Stroške opravljenih zdravstvenih storitev pri nepogodbenih izvajalcih, plača zavarovanec sam neposredno izvajalcu, zavarovalnica pa mu povrne stroške zdravstvene storitve na podlagi originalnega računa največ do višine povprečne cene storitve oziroma zadnji znani ceni iz mreže pogodbenih izvajalcev zavarovalnice. V primeru izbire izvajalca s strani zavarovanca, zavarovalnica ne prevzema nikakršne odškodninske odgovornosti za izvedbo storitev.
- (8) Zavarovanec lahko dogovorjeni termin začetka izvedbe obravnave pri pogodbenem izvajalcu odpove ali predlaga spremembo le zaradi izrednih okoliščin, ki jih ni mogoče 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 zavarovanec predložiti dokazila ali dokumentacijo o izrednih okoliščinah, zaradi katerih je odpovedel termin.
- (9) Če zavarovanec ne odpove termina po postopku, opisanem v 7. odstavku tega člena, se šteje, da je izkoristil organizirano obravnavo ali zavarovalni primer.
- (10) Če je v zavarovalni pogodbi dogovorjena soudeležba zavarovanca za opravljene

obrnave, plača zavarovanec ta delež stroška, ki se določijo po veljavnem ceniku pogodbenega izvajalca, sam neposredno pogodbenemu izvajalcu oziroma plača znesek dogovorjene soudeležbe zavarovalnici, če je ta plačalca pogodbenemu izvajalcu celoten znesek opravljene obravnave.

- (11) Na obravnavo psihološke pomoči lahko zavarovanca napoti tudi psihiater iz mreže zavarovalnice, v kolikor gre za obravnavo ene izmed kriznih situacij napisanih v drugi alineji 3. odstavka 1. člena.

## Končne določbe

### 8. 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](http://www.prva.si).
- (2) Ti posebni pogoji veljajo in se uporabljajo od 1. 11. 2025.

## DODATEK: Seznam hujših kritičnih bolezni

### Skupina A: Rak in presaditev kostnega mozga

1. Rakasta obolenja
2. Presaditev kostnega mozga
3. Kronična aplastična anemija

### Skupina B: Bolezni srca in ožilja, pljuč, jeter in ledvic

1. Akutni miokardni infarkt (srčni infarkt)
2. Kardiomiopatija
3. Možganska kap
4. Operacija srčnih zaklopk
5. Obvodna operacija koronarnih arterij
6. Operacija aorte
7. Perkutana koronarna intervencija (angioplastika)
8. Končni stadij odpovedi ledvic
9. Huda primarna pljučna hipertenzija
10. Končni stadij bolezni pljuč
11. Hudo kronično cirotično obolenje jeter
12. Akutni fulminantni hepatitis – akutna nenadna odpoved jeter
13. Presaditev glavnega organa- Transplantacija

### Skupina C: Bolezni, povezane z živčnim sistemom

1. Sporadična Creutzfeldt-Jakobova bolezen
2. Paraliza udov
3. Alzheimerjeva bolezen
4. Akutni virusni encefalitis
5. Bakterijski meningitis
6. Multipla sklerozna
7. Huda travmatična možganska poškodba
8. Koma
9. Idiopična Parkinsonova bolezen
10. Benigni možganski tumor

### Skupina D: Druge bolezni

1. Okužba z virusom HIV zaradi transfuzije krvnih pripravkov
2. Opekline tretje stopnje
3. Popolna izguba vida
4. Izguba okončin
5. Kronična primarna avtoimunska adrenokortikalna insuficienca
6. Kronični fulminantni ulcerozni kolitis
7. Sistemski lupus eritematosus (SLE) – Lupusni nefritis
8. Izguba sposobnosti govora
9. Revmatoidni artritis
10. Druge hujše bolezni, o katerih upravičenosti presoja zavarovalnica

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](mailto:info@prva.si)

080 88 08

[www.prva.si](http://www.prva.si)