

Splošne določbe

1. člen:

- Posebni pogoji za zdravstveno zavarovanje Specialisti (v nadaljnjem besedilu: posebni pogoji) so skupaj s Splošnimi pogoji za zdravstveno zavarovanje PRVA Zdravje (v nadaljnjem besedilu: splošni pogoji) ter prilogo Seznam specialističnih storitev, 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 prepoznavno 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 posebnih 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 Specialisti z napotnico je potrebno pridobiti napotnico osebnega zdravnika. Nadaljnji pregledi in dopolnjujejo 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:

- Na podlagi teh posebnih pogojev se lahko zavarujejo osebe, ki izpolnjujejo pogoje za sklenitev zavarovanja na podlagi splošnih pogojev.

Trajanje zavarovanja in jamstvo ter spremembe zavarovanja

3. člen:

- 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.
- 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 določenih v tem členu in 6. členu teh posebnih pogojev.
- Zavarovanje se ne podaljša, če zavarovalec odpove pogodbo v skladu s splošnimi pogoji.
- 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 obvesti najpozneje dva (2) meseca 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 obravnjav, kritih z zavarovanjem, zavarovanje do začetka naslednjega zavarovalnega leta nima zavarovalnega jamstva.
- V primeru sprememb obsega storitev zavarovanja ali načina izvajanja storitev zavarovanja bo zavarovalnica zavarovalca o spremembi obvestila vsaj 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 z 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 uskladitve z zakonodajo. Zavarovalnica bo taka obvestila objavila izključno na svoji spletni strani.

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 zagotovil izvedbo storitve s Seznama specialističnih storitev in da bo zavarovalnica krila 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 posebnih 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 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 Specialisti z napotnico in Specialisti brez napotnice.
- Specialisti z napotnico 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 upravičenec lahko koristi največ tri (3) storitve. Če upravičenec v predhodnem zavarovalnem letu ni izkoristil nobene obravnave, je v tekočem zavarovalnem letu upravičen do ene (1) dodatne obravnave, kar pomeni, da lahko v tekočem zavarovalnem letu izkoristi največ štiri (4) obravnave.
- Specialisti brez napotnice 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 upravičenec 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. V primeru, da je paketu Specialisti brez napotnice avtomatsko priključeno kritje Preventivnih storitev, se koriščenje preventivne storitve šteje kot ena (1) obravnava. Podrobnosti koriščenja so definirane v Posebnih pogojih za preventivne storitve PRVA_02PZ01_PS10/24.
- Zavarovancu s področja psihiatrije krijemo eno (1) obravnavo (tri (3) terapevtske storitve) v letu za isti vzrok. S posebno odobritvijo zavarovalnice in v kolikor ima zavarovanec na voljo še neizkoriščene obravnave, se lahko za področje psihiatrije dodeli še ena obravnava (s tremi (3) storitvami). Psihološka pomoč vključuje storitve ambulantne psihoterapije ali klinične psihologije v primerih, nastalih v času trajanja zavarovanja, in sicer:
 - diagnostičiranega resnega zdravstvenega stanja;
 - v primeru smrti sorojenca, starša ali skrbnika, starih staršev;
 - večji travmatični izkušnji (po nezgodi, prometni nesreči, ...).
- 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.
- 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 specialistični pregled, ki poteka na daljavo preko videoklica

Omejitve in izključitve obveznosti zavarovalnice

5. 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.

3. Zavarovanje ne krije stroškov:
- medicinsko tehničnih pripomočkov, zobno protetičnih pripomočkov in nadomestkov, reševalnih prevozov, nujne medicinske pomoči, 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 prekinitevjo 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 spremljevalcem, stroškov pridobivanja in posredovanja zdravstvene dokumentacije;
 - kadar zavarovalec ali zavarovanec 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 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 zdravstvenih storitev ali z njim povezanih storitev, stroškov zdravil 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, 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 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 kritja 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 zavarovancu na osebni elektronski naslov in/ali na osebno številko mobilnega telefona pošlje sporočilo, v katerem odredi dva (2) termina specialistične obravnave (v 10-dnevnem roku od odobritve zahtevka), naziv in naslov izvajalca storitve, kontaktne podatke in vrsto naročenega pregleda, vključno z opozorilom glede morebitne odpovedi termina.
4. Zavarovanec se na zdravstveni točki PRVA Zdravje dogovori za izbrani termin obravnave.
5. Ko se zavarovanec dogovori za termin obravnave, se to upošteva kot napotilo za uveljavljanje pravice do zdravstvenih storitev 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 organizirate tudi sami. 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 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.

9. Če zavarovanec ne odpove termina po postopku, opisanem v predhodnem odstavku tega člena, se šteje, da je izkoristil organizirano specialistično storitev ali zavarovalni primer. Na termin za istovrstno specialistično storitev ali zavarovalni primer se kljub temu lahko naroči po klasičnem postopku in zanj ne velja enoletna prepoved koriščenja istovrstne storitve.
10. Če je v zavarovalni pogodbi dogovorjena soudeležba zavarovanca za opravljene zdravstvene storitve, plača zavarovanec 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.

Končni določbi

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. 10. 2024.

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