

Splošne določbe

1. člen:

1. 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).
2. 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:

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

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. Zavarovalnica o okoliščinah iz tega odstavka zavarovalca obvesti najkasneje dva (2) meseca pred iztekom tekočega zavarovalnega obdobja.
5. 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.
6. 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 začetka uveljavitve sprememb. Če zavarovanec 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:

1. Zavarovalec se z zavarovalno pogodbo obvezuje, da bo zavarovalnici plačeval dogovorjeno premijo, zavarovalnica pa se obvezuje, da bo povrnila stroške zdravil. Zdravila morajo biti izdana s strani zdravnikov specialistov iz mreže pogodbenih partnerjev zavarovalnice na beli, samoplačniški recept v skladu z zavarovanjem in temi pogoji.
2. 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.
3. 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.
4. Ob posamezni specialistični obravnavi, diagnostični preiskavi ali operativnem posegu v okviru zavarovanja Specialisti, Rehabilitacije ali Operacije, skladno z diagnozo, zavarovanje krije stroške zdravil za zdravljenje za največ 30 dni. Upravičenec lahko v zavarovalnem letu izkoristi kritje stroškov zdravil do višine letne zavarovalne vsote.
6. Zavarovalnica se obvezuje, da bo upravičencu v primeru odobritve zahtevka povrnila strošek nakupa predpisanih zdravil na podlagi izdanega in plačanega računa lekarne v največ desetih (10) delovnih dneh po prejemu popolne dokumentacije.

Omejitve in izključitve obveznosti zavarovalnice

5. člen:

1. 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.
2. 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;
 - zobno protetičnih pripomočkov in nadomestkov;
 - storitev alternativnega, dopolnilnega in poskusnega zdravljenja, ki v Sloveniji niso strokovno doktrinarno priznana medicinska metoda ali so poskusne metode;
 - zdravil, ki jih je treba uporabljati 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 lečnega zdravnika;
 - zdravil, ki bi jih zavarovanec potreboval zaradi zdravljenja poškodb ali bolezni, ki so nastale med organiziranim športnim udejstvom (tekmovanja, treningi, prireditve);
 - zdravil v obliki injekcij ali ampul in imunskih serumov, imuno globulinov 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.
3. 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 drugih sprememb ekonomskih okoliščin, spremeni premijske cenike zavarovanj.
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, 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 upravičenec 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 zavarovalnica upravičencu na osebni račun nakaže znesek 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.

Končni določbi

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.
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

PRVA Osebna zavarovalnica, d.d.
Fajfarjeva ulica 33
1000 Ljubljana
info@prva.si

080 88 08
www.prva.si