

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 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 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 3. 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 zagotovil 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 obravnav ni izkoristil, 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 novonastala 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.
- 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 nastanejo v povezavi s kroničnimi obolenji;
 - za kritje stroškov obravnave, ki ni na Seznamu specialističnih storitev.
- Zavarovanje ne krije stroškov:
 - medicinsko-tehničnih pripomočkov, zoboprostetičnih 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 prekinitev 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.

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 zavarovanec sta ob sklenitvi zavarovanja zavarovalnici dolžna prijaviti vse okoliščine, pomembne za oceno nevarnosti, ki so jima znane ali jima niso mogle ostati neznanne. Pomembne so zlasti tiste okoliščine, za katere je zavarovalnica postavila pisna vprašanja v ponudbi in vprašalniku o zdravstvenem stanju.
3. Če je zavarovalec ali zavarovanec 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 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.
4. Če je zavarovalec ali zavarovanec 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 zavarovanca 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. 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.
4. 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 zavarovalcu 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. Razdrtie zavarovalne pogodbe nastopi z iztekom roka iz prejšnjega odstavka 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 prvega (1.) odstavka, vendar

v enem letu od zapadlosti premije, se obveznost zavarovalnice, da izplača zavarovalnino, ponovno 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 z zamudo povzročeni, 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. Po vzpostavitvi stika je zavarovanec na zdravstveni točki PRVA Zdravje pozvan k predložitvi podatka o številki police, potrebne zdravstvene dokumentacije in napatnice ali kopije potrdila elektronske napatnice, 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 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. Zavarovanec se na zdravstveni točki PRVA Zdravje izmed ponujenih terminov, dogovorji za izbrani termin specialistične storitve.
5. Dogovorjeni termin storitve se upošteva kot napatito za uveljavljanje pravice do zdravstvenih storitev v soglasju z zavarovalnico.
6. Zavarovanec pravice do kritja zdravstvenih storitev ne more uveljavljati pri izvajalcu zdravstvenih storitev, ki ni med pogodbenimi izvajalci zavarovalnice.
7. 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.
8. Če zavarovanec 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 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.

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. Zavarovanje lahko odpove tudi zavarovalnica, vendar le v primerih, na način in pod pogoji, predpisanimi v Obligacijskem zakoniku.

Stroški storitev

12. člen:

Višino stroškov storitev, ki jih zavarovalec zahteva posebej in ne izhajajo iz zavarovanja, določa 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. 6. 2021.

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; 13.100.000,00 EUR

Prva osebna zavarovalnica, d.d.
Fajfarjeva ulica 33
1000 Ljubljana
info@prva.si

080 88 08
www.prva.si