

**Splošne določbe**
**1. člen:**

- Posebni pogoji za zdravstveno zavarovanje Drugo zdravniško mnenje (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 Drugo zdravniško mnenje (v nadaljnjem besedilu: zavarovanje). To zavarovanje omogoča zavarovanje za primer kritja pridobitve drugega zdravniškega mnenja glede na postavljeno diagnozo in predpisano zdravljenje ter je natančno urejeno v splošnih pogojih in teh posebnih pogojih. Namen zavarovanja je, da zavarovanec na podlagi drugega zdravniškega mnenja preveri pravilnost postavljene diagnoze in ustreznost načrtovanega zdravljenja hujše bolezni ali stanja.
- Pomen nekaterih izrazov, uporabljenih v teh pogojih:
  - drugo zdravniško mnenje** (v nadaljnjem besedilu: drugo mnenje) je postopek pridobitve drugega mnenja o že postavljeni diagnozi in o že predpisanem načinu zdravljenja v primeru novonastale bolezni, stanja ali poškodbe, ki je po naravi kronično ali degenerativno ter je za zdravje zavarovanca resno ali življenje ogrožajoče in kritično. Drugo mnenje na podlagi izvidov in druge zdravstvene dokumentacije po medicinski doktrini poda tim zdravnikov specialistov ustrezne specialnosti;
  - resnejša bolezen ali stanje** pomeni bolezen, stanje in poškodbe, ki so po naravi kronični ali degenerativni ter so za zdravje zavarovanca resni, življenje ogrožajoči in kritični;
  - novonastala bolezen, stanje ali poškodba** pomeni prvič medicinsko ugotovljeno bolezen, stanje in poškodbo, ki so nastali po sklenitvi zavarovanja ali za katere zavarovanec ob sklenitvi zavarovanja zaradi odsotnosti simptomov ni vedel ali niso bili diagnosticirani ter niso posledica predhodnega zdravstvenega stanja;
  - kronično stanje** je dolgotrajno ali trajno stanje, ki se ponavlja ali zanj velja sum na ponovitev. Zanj so potrebni stalni zdravniški nadzor in zdravljenje, lajšanje simptomov, rehabilitacija ali zdravstvena nega. Kronično stanje lahko povzroča trajne zdravstvene posledice, poleg tega se na njegovi podlagi ugotavljajo morebitni prihodnji zapleti ali stanja;
  - degenerativno stanje** zajema raznovrstna bolezenska stanja srčno-žilnega ali živčnega sistema, hrbtenice in sklepov ali drugih organov, ki trajno prizadenejo strukturo in funkcije tkiv in organov ter se počasi, a vztrajno slabšajo in napredujejo;
  - resno zdravstveno stanje** je stanje, ki močno spreminja kakovost zavarovančevega življenja in je ob ustreznem zdravljenju stabilno;
  - življenje ogrožajoče in kritično stanje** je stanje, ki lahko kljub ustreznemu zdravljenju po mnenju osebnega zdravnika ali lečečega zdravnika specialista povzroči skorajšnjo smrt ali smrt v krajšem času;
  - asistenčni center zavarovalnice** je pogodbeni asistenčni partner, ki se poveže z zavarovancem in prevzame postopek pridobitve drugega mnenja;
  - urgentno stanje** je stanje, ki zahteva nujno medicinsko pomoč, nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene storitve oživljanja, ohranitve življenja in preprečitve hudega poslabšanja zdravstvenega stanja obolelega ali poškodovanega.

**Sklenitev zavarovanja**
**2. člen:**

- To zavarovanje lahko sklenejo 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, pri čemer se podaljšanje izvede molče razen v primerih iz tega člena in 6. člena 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. Zavarovalnica o okoliščinah iz tega odstavka zavarovalca obvesti vsaj dva (2) meseca pred iztekom tekočega zavarovalnega obdobja.
- Jamstvo zavarovalnice se začne najprej po dveh (2) mesecih od začetka zavarovanja (čakalna doba), razen za diagnoze, ki so posledica poškodb, nastalih po začetku zavarovanja.
- 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-ta 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:**

- Zavarovalec se z zavarovalno pogodbo obvezuje, da bo zavarovalnici plačeval dogovorjeno premijo, zavarovalnica pa se obvezuje, da bo njen asistenčni partner ob nastopu zavarovalnega primera v skladu s temi pogoji zavarovancu zagotovil izvedbo in pridobitev drugega mnenja ter da bo zavarovalnica krila stroške pridobitve drugega mnenja v skladu z zavarovanjem in temi pogoji.
- Drugo zdravniško mnenje obsega komentar postavljene diagnoze, komentar postopka zdravljenja oziroma morebitna priporočila za nadaljnje zdravljenje glede na zastavljena vprašanja v postopku pridobitve drugega mnenja. Drugo mnenje zavarovanec prejme v elektronski ali pisni obliki v slovenskem jeziku. Zavarovanec je na temo posamičnega že izdanega Drugega zdravniškega mnenja upravičen tudi do štirih (4) zdravstvenih nasvetov na daljavo, pri čemer od izdaje drugega mnenja ne sme preteči več kot štiriindvajset (24) mesecev. Zdravstveni posveti na daljavo so namenjeni dodatni oceni že izdanega Drugega zdravniškega mnenja.
- Zavarovanje krije pridobitev drugega mnenja le, če je to utemeljeno. Utemeljenost po teh pogojih pomeni, da se drugo mnenje pridobiva za novonastalo bolezen, stanje in poškodbo, ki so po naravi kronični ali degenerativni ter so za zdravje zavarovanca resni ali življenje ogrožajoči in kritični. Med takšna stanja spadajo na primer Alzheimerjeva bolezen, slepota, rak, gluhost, paraliza, odpoved ledvic, multipla skleroza, presaditev organa, Parkinsonova bolezen, hujše opekline, poškodbe in druga podobna stanja in bolezni.
- Zavarovalnica se obvezuje, da bo upravičencu omogočila pridobitev drugega mnenja v desetih (10) delovnih dneh po odobritvi zahtevka in prejemu popolne dokumentacije. Če so potrebni odgovori na dodatna vprašanja, mora zavarovanec v štirinajstih (14) dneh po prejemu drugega mnenja podati zahtevek zanje. Zavarovalnica se obvezuje, da bo upravičencu omogočila dopolnitev drugega mnenja, dokler odprta vprašanja v zvezi z zadevnim drugim mnenjem niso zadovoljivo in v celoti pojasnjena.
- Zavarovanje ne krije pridobitve drugega mnenja za stanja, ki niso utemeljena, in če je od datuma, ko je zdravnik specialist predpisal zadnje zdravljenje, minilo več kot dvanajst (12) mesecev. Zdravstvena dokumentacija, ki ni starejša od dvanajst (12) mesecev, je pogoj za zagotovitev izdelave kvalitetnega drugega mnenja.
- Zavarovalec oziroma skrbnik je odgovoren za predložitev ustrezne zdravstvene dokumentacije, če drugo mnenje potrebujete za otroka mlajšega od 18 let.

**Omejitve in izključitve obveznosti zavarovalnice**
**5. 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 pridobitve drugega mnenja v povezavi s predhodnimi stanji,
  - če zavarovanec uveljavlja pravice do pridobitve drugega mnenja, ne da bi to vnaprej najavil zdravstveni točki PRVA Zdravje in dobil njeno odobritev.
- Drugo mnenje je pripravljeno izključno na podlagi pridobljene zdravstvene dokumentacije in ne vključuje dodatnih zdravstvenih pregledov, osebnih posvetovanj, preiskav ali morebitnega zdravljenja. Če zaradi nepopolne zdravstvene dokumentacije izdelava drugega mnenja ni mogoča oziroma če je zaradi tega razloga podano drugo mnenje vsebinsko nepopolno, za to ne zavarovalnica ne njen podizvajalec ne prevzemata nobene odgovornosti.
- Zavarovanje ne krije stroškov dodatnih zdravstvenih preiskav, ki se priporočajo za pridobitev drugega mnenja.
- Zavarovalnica nima obveznosti iz zavarovanja za pridobitev drugega mnenja za:
  - urgentna, življenjsko ogrožajoča stanja;
  - zobozdravstvene storitve;
  - lepotne operacije, razen v primeru zdravljenja posledic poškodbe, ki je nastala v času jamstva;
  - zdravljenje debelosti;
  - prirojene bolezni in hibe ter genetske bolezni in preiskave;
  - duševne bolezni;
  - potrebe obravnave pred invalidsko komisijo, zavarovalniške ali sodne postopke;
  - isti razlog obravnave oziroma za isto diagnozo bolezni v primeru nespremenjene dokumentacije in nespremenjenega stanja;
  - nosečnost in porod.
- 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 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 najpozneje 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

### 5. 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, predložitvi potrebnih izvidov in preostale zdravstvene dokumentacije ali k podaji soglasja asistenčni družbi za neposredno pridobitev potrebne zdravstvene dokumentacije od lečečega zdravnika in/ali druge zdravstvene ustanove ter vseh dokazil, s katerimi lahko izkaže upravičenost do kritja stroškov pridobitve drugega mnenja. Zavarovalnica ima pravico zahtevati tudi druga dokazila, potrebna za ugotavljanje pravice do pridobitve drugega mnenja.
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 zagotovi pridobitev drugega mnenja (v roku desetih (10) delovnih dneh po prejemu popolne dokumentacije v primeru odobritve zahtevka).
4. Ko se zavarovancu odobri pridobitev drugega mnenja, se to upošteva kot napotilo za pridobitev drugega mnenja v soglasju z zavarovalnico.
5. Zavarovalnica krije pridobitev drugega mnenja le pri svojem asistenčnem partnerju.

## Končne določbe

### 12. člen:

1. Zavarovalnica ne prevzema odgovornosti za vsebino drugega mnenja. Za vsebino drugega mnenja je odgovoren posamezni podizvajalec, tj. asistenčni partner zavarovalnice, ki je opravil drugo mnenje.
2. Odgovornost za organizacijsko izvedbo drugega mnenja prevzemajo asistenčni partnerji zavarovalnice.
3. 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).
4. 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](mailto:info@prva.si)

080 88 08  
[www.prva.si](http://www.prva.si)