

POSEBNI POGOJI ZA KOLEKTIVNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE PSIHOLOŠKA POMOČ IN REHABILITACIJE

Splošne določbe

1. člen

- (1) Posebni pogoji za kolektivno zdravstveno zavarovanje Psihološka pomoč in rehabilitacije (v nadaljnjem besedilu: posebni pogoji) so skupaj s prilogama Seznam psiholoških in rehabilitacijskih obravnav in postopkov ter Splošnimi pogoji za zdravstveno zavarovanje PRVA Zdravje (v nadaljnjem besedilu: splošni pogoji) sestavni del kolektivne zavarovalne pogodbe o kolektivnem 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, zavarovanci in zavarovalnico, ki izvirajo iz kolektivnega zdravstvenega zavarovanja Psihološka pomoč in rehabilitacije. Kolektivno zdravstveno zavarovanje Psihološka pomoč in rehabilitacije (v nadaljnjem besedilu: zavarovanje) je zdravstveno zavarovanje za primer kritja stroškov rehabilitacijskih obravnav pri izvajalcu zdravstvenih storitev in obravnav psihološke pomoči ob kriznih situacijah za zavarovane osebe, 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 onespособljeno osebo oziroma osebo, nezmožno za delo ali izobraževanje, da doseže najvišjo možno stopnjo zdravia in usposobljenosti glede na svoje zmožnosti;
 - **krizna situacija** je nenaden, nepričakovan ali zelo intenziven dogodek, ki poruši človekovo čustveno ravnovesje in preseže njegove običajne zmožnosti 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 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.

Zavarovane osebe

2. člen

- (1) Zavarujejo se lahko osebe, ki so ob sklenitvi kolektivnega zavarovanja pri zavarovalcu zaposlene za vsaj polovični delovni čas in izpolnjujejo starostne pogoje iz splošnih in teh posebnih pogojev, ter njihovi ožji družinski člani. Za ožje družinske člane se štejejo partner (zakonski ali izvenzakonski) osebe, ki se zavaruje in je zaposlena pri zavarovalcu, in otroci te osebe ali partnerja.
- (2) Starost zavarovanca ob začetku zavarovanja je lahko najmanj petnajst (15) let in največ osemindeset (68) let.

Sklenitev zavarovanja

3. člen

- (1) Kolektivna zavarovalna pogodba se sklene na podlagi ponudbe, ki jo zavarovalnica sestavi posebej za zavarovalca. Ob sklenitvi kolektivne zavarovalne pogodbe se zavarovalcu izda kolektivna zavarovalna polica, ki vsebuje podatke o zavarovalcu, višino premije in način določitve premije pri novih vključitvah s seznamom zavarovanih oseb, vključenih v kolektivno zdravstveno zavarovanje. Vsakemu zavarovancu se izda potrdilo o zavarovanju.
- (2) Zavarovanec ob pristopu h kolektivnemu zavarovanju izpolni in podpiše pristopno izjavo, ki vsebuje vprašalnik o zdravstvenem stanju zavarovanca.
- (3) Vsak zaposleni (oz. družinski član), ki na novo izpolni pristopno izjavo z vprašalnikom o zdravstvenem stanju, je vključen v kolektivno zavarovanje, če izpolnjuje pogoje iz 2. člena teh pogojev, in sicer s prvim dnem v mesecu, ki sledi dnevu, ko zavarovalnica prejme popolno pristopno izjavo z vprašalnikom o zdravstvenem stanju. Ta dan je tudi datum začetka zavarovanja za novovključenega zavarovanca v kolektivno zavarovanje.

Trajanje zavarovanja in jamstvo

4. člen

- (1) Kolektivna zavarovalna pogodba začne veljati ob 00.00 tistega dne, ki je naveden na polici kot začetek zavarovanja. Velja do dvajset (20) let. Veljati preneha s potekom ali z odpovedjo zavarovalnice ali zavarovalca.
- (2) Zavarovalec ima pravico do podaljšanja kolektivne zavarovalne pogodbe pod enakimi pogoji določenimi v zavarovalni pogodbi, pri čemer se podaljšanje izvede molče, razen v primerih iz 3. in 4. odstavka tega člena.
- (3) Kolektivna zavarovalna pogodba se ne podaljša, če zavarovalnica ali zavarovalec odpove pogodbo v skladu s 12. členom teh pogojev ali če zavarovalec odstopi od pogodbe skladno s četrtem odstavkom 9. člena teh pogojev.

- (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.
- (5) Zavarovalnica o okoliščinah iz 4. odstavka tega člena zavarovalca obvesti vsaj tri (3) mesece pred iztekom tekočega zavarovalnega obdobja.
- (6) Vsakemu posameznemu zavarovancu, vključenemu v kolektivno zavarovalno pogodbo, zavarovanje in kritje preneha:
 - ob smrti;
 - ob koncu zavarovalnega leta, v katerem je dopolnil 70. leto starosti;
 - ob prenehanju pogodbe o zaposlitvi pri zavarovalcu;
 - če preneha kolektivna zavarovalna pogodba;
 - v drugih primerih, določenih s temi pogoji ali zakonom.
- (7) Jamstvo zavarovalnice se začne najprej po dveh (2) mesecih od vključitve posameznega zavarovanca v kolektivno zavarovanje (čakalna doba), razen za poškodbe, ki so nastale po začetku zavarovanja.
- (8) Ko zavarovanec v zavarovalnem letu izkoristi letno število obravnav, zavarovanja ni mogoče prekiniti pred potekom tekočega zavarovalnega leta. Če je zavarovanec v zavarovalnem letu že izkoristil letno število obravnav, kritih z zavarovanjem, zavarovanje do začetka naslednjega zavarovalnega leta nima zavarovalnega jamstva.

Predmet zavarovanja

5. člen

- (1) S kolektivno 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 vsakemu zavarovancu zagotovil izvedbo obravnave s Seznama psiholoških in rehabilitacijskih obravnav in postopkov ter da bo zavarovalnica krila stroške obravnave v skladu z zavarovalno pogodbo in temi pogoji.
- (2) Zavarovanja glede na izbrana kritja za vsakega zavarovanca vključujejo plačilo stroškov obravnave s Seznama psiholoških in rehabilitacijskih obravnav in postopkov.
- (3) Zavarovanje krije stroške rehabilitacijskih obravnav 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, mrtlički 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.
- (4) Zavarovanec lahko koristi zavarovanje z ustrežno dokumentacijo v obdobju šest (6) mesecev po dogodku oziroma postavljeni diagnozi.
- (5) Seznam psiholoških in rehabilitacijskih obravnav in postopkov, katerih plačilo stroškov krije zavarovanje in od katerih vsaka obravnava pomeni en zavarovalni primer, je priloga teh pogojev (Seznam psiholoških in rehabilitacijskih obravnav in postopkov) ter je dostopen tudi na spletni strani zavarovalnice. Zavarovalnica lahko Seznam psiholoških in rehabilitacijskih obravnav in postopkov med trajanjem zavarovanja razširi z dodatnimi obravnavamimi in postopki z objavo na spletni strani zavarovalnice www.prva.si. Upravičenec lahko v zavarovalnem letu izkoristi do osem (8) obravnav, pri čemer mora biti vsaka od obravnav utemeljena. Število obravnav za rehabilitacijo in obravnave psihološke pomoči se šteje v skupno kvoto največ 8 obravnav.
- (6) Zavarovalnica se obvezuje, da bo upravičenice omogočila začetek izvajanja obravnave v največ desetih (10) delovnih dneh po dnevu odobritve zahtevka.
- (7) Zavarovanje ne krije stroškov obravnave, ki niso vključene na Seznam psiholoških in rehabilitacijskih obravnav in postopkov, ter tistih, ki so vključene, vendar niso utemeljene.
- (8) Zavarovanec psihološko pomoč v dogovoru z zavarovalnico prejme v prostorih izvajalca ali na daljavo, v kolikor izbrani izvajalec omogoča izvajanje psihološke pomoči na daljavo.

Zdravstvena točka PRVA Zdravje

6. člen

- (1) Zdravstvena točka PRVA Zdravje poleg nalog, opredeljenih v splošnih pogojih, zavarovancu in zavarovalcu daje vse potrebne informacije, izvaja avtorizacijo upravičenosti do kritja stroškov obravnave, obvešča zavarovanca o terminih obravnave in termine obravnave organizira ter zagotavlja celostno pomoč pri uveljavitvi pravic iz naslova zavarovanja.

Omejitve in izključitve obveznosti zavarovalnice

7. 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 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 niso na Seznamu psiholoških in rehabilitacijskih obravnav 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;
 - fizioterapije;
 - 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 obravnav za preventivo, razen v primeru izrecno navedenih na Seznamu psiholoških in rehabilitacijskih obravnav in postopkov;
 - rehabilitacijskih obravnav, ki so posledica genetskih bolezni in preiskav;
 - rehabilitacijskih obravnav, ki so posledica zdravljenja malignih bolezni;
 - rehabilitacijskih obravnav, ki so posledica zdravstvenih storitev, opravljenih iz estetskih razlogov;
 - rehabilitacijskih obravnav, ki so posledica zdravstvenih storitev za zdravljenje debelosti;
 - rehabilitacijskih obravnav, ki so posledica zdravstvenih storitev za zdravljenje posledic epidemij;
 - rehabilitacijskih obravnav, ki so posledica kakršnega koli operativnega posega na očeh;
 - 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 zdraviliškega zdravljenja ali ponovne rehabilitacijske obravnave po isti poškodbi ali bolezni;
 - za kritje stroškov rehabilitacijskih obravnav, 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 lečече zdravnika;
 - zdraviliškega zdravljenja;
 - diagnosticiranje in zdravljenje duševnih motenj ali odvisnosti (avtizem, ADHD, anoreksija, bulimija, prenejdanje, samopoškodovanje, furring, disleksija, depresija, fobija, Tourettov 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;
 - zdravil.
- (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.

Obveznosti zavarovalca in zavarovanca ter posledica njihove neizpolnitve

8. člen

- (1) Zavarovalec in zavarovanci so dolžni zavarovalnici takoj sporočiti spremembo prebivališča oziroma sedeža.
- (2) Vsak zavarovanec je ob vključitvi v kolektivno zavarovanje zavarovalnici dolžan prijaviti vse okoliščine, pomembne za oceno nevarnosti, ki so mu znane ali mu niso mogle ostati neznanne. Pomembne so zlasti tiste okoliščine, za katere je zavarovalnica postavila pisna vprašanja v pristopni izjavi in vprašalniku o zdravstvenem stanju.
- (3) Če je zavarovalec ali zavarovanec namenoma zamolčal okoliščino, zaradi katere ga zavarovalnica ne bi vključila v kolektivno zavarovanje, lahko zavarovalnica zahteva razveljavitev zavarovanja ali odkloni izvedbo stroškov storitve ali zahteva vračilo stroškov storitev. 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 odkloni izvedbo stroškov storitve ali zahteva vračilo stroškov storitev. V takem primeru je zavarovanje odpovedano štirinajst (14) dni od dneva, ko je zavarovalnica zavarovalcu sporočila, da odpoveduje pogodbo. 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

9. člen

- (1) Zavarovalec je dolžan plačati zavarovalno premijo za vse zavarovance in za ves čas trajanja kolektivnega zavarovanja.
- (2) Zavarovalnica določa premijo za kolektivno zavarovalno pogodbo na podlagi dejavnikov, ki jih upošteva pri oceni premije, zagotovo pa je premija odvisna od števila in deleža zavarovancev, ki pristopijo h kolektivnemu zavarovanju, starostne strukture teh zavarovancev in vrste del, ki jih opravljajo.
- (3) Med trajanjem zavarovalne pogodbe si zavarovalnica pridržuje pravico spremeniti splošne pogoje in višino zavarovalne premije oziroma premijskega cenika, pri čemer spremembe veljajo z začetkom novega zavarovalnega leta. Zavarovalnica lahko spremeni premijo, če se spremenijo dejavniki, od katerih je odvisna višina premije, na primer sprememba števila in starostne strukture zavarovancev, sprememba stroškov obravnave ali z njim povezanih storitev, stroškov zdravil ali medicinskih pripomočkov ali drugih sprememb ekonomskih okoliščin, ki bistveno vplivajo na obveznosti ali poslovanje zavarovalnice.
- (4) Zavarovalnica o spremembah iz predhodnega odstavka na primeren način obvesti zavarovalca vsaj en (1) mesec pred uveljavitvijo spremembe. Če se zavarovalec s predlogom spremembe ne strinja ima pravico, da v tridesetih (30) dneh po obvestilu s izjavo odstopi od zavarovalne pogodbe, pri čemer odstop od zavarovalne pogodbe učinkuje s potekom tekočega zavarovalnega leta. Če zavarovalec v navedenem roku ne odstopi od zavarovalne pogodbe se šteje, da se s spremembami strinja.
- (5) Zavarovalec nima pravice odstopiti od zavarovalne pogodbe, če je sprememba v njegovo oziroma zavarovančevu korist ali če se višina zavarovalne premije spremeni zaradi spremembe starostne strukture zavarovancev.

Posledice zaradi neplačila premije

10. člen

- (1) Obveznost zavarovalnice, da opravi storitev preneha, 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 pripravljeno pismo zavarovalnice s 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. Razdrtje zavarovalne pogodbe nastopi z iztekom roka iz prejšnjega odstavka in s prenehanjem zavarovalnega kritja, če je bil zavarovalec na to opozorjen v priporočenem pismu s obvestilom o zapadlosti premije in o prenehanju zavarovalnega kritja.
- (3) Če zavarovalec plača premijo po izteku roka iz prvega (1.) odstavka tega člena, vendar v enem letu od zapadlosti premije, se obveznost zavarovalnice, da opravi storitev, 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 z neplačilom zavarovalne premije ne more enostransko prekiniti kolektivne zavarovalne pogodbe.

Uveljavljanje pravic iz zavarovanja

11. člen

- (1) Zavarovanec ali katera koli oseba, ki je 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 delovnega naloga ali napatnice oziroma kopije potrdila elektronske napatnice, 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 napatilo za uveljavljanje pravice do obravnave v skladu s 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 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 zavarovanec predložiti dokazila ali dokumentacijo o izrednih okoliščinah, zaradi katerih je odpovedal 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 obravnave, plača zavarovanec ta delež stroškov, ki se določijo po veljavnem ceniku pogodbenega izvajalca, sam neposredno pogodbenemu izvajalcu oziroma plača znesek dogovorjene soudeležbe zavarovalnici, če je ta plačala 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.

Odpoved zavarovanja

12. člen

- (1) Zavarovalec lahko odpove kolektivno zavarovalno pogodbo najmanj dva (2) meseca pred potekom tekočega zavarovalnega leta. Odpoved mora biti pisna in poslana na naslov zavarovalnice s priporočeno pošiljko.
- (2) Odpoved učinkuje od dneva poteka zavarovalnega leta.
- (3) Z dnem učinkovanja odpovedi preneha tudi jamstvo zavarovalnice.
- (4) V primeru odpovedi zavarovanja zavarovalnica že plačanih premij ne vrne. Zavarovalnica ima pravico izterjati vse zapadle neplačane premije.
- (5) Zavarovalnica lahko odpove kolektivno zavarovalno pogodbo, če je prenehala izvajati to zavarovanje ali če je zavarovalec ali zavarovanec ravnal v nasprotju z zavarovalno pogodbo, pri čemer zavarovalca o tem obvesti vsaj tri (3) mesece pred iztekom tekočega zavarovalnega leta.
- (6) Zavarovalnica lahko redno odpove kolektivno zavarovalno pogodbo s 6-mesečnim odpovednim rokom.

Stroški storitev

13. člen

- (1) Višino stroškov storitev, ki bi jih zavarovalec ali katerikoli zavarovanec posebej zahteval in ne izhajajo iz zavarovanja, določi zavarovalnica v ceniku, ki je dostopen na spletni strani zavarovalnice www.prva.si.

Končne določbe

14. člen

- (1) Ti posebni pogoji dopolnjujejo splošne pogoje za zdravstveno zavarovanje PRVA Zdravje. Če se katera določba pogojev za kolektivno zavarovanje razlikuje od splošnih pogojev, veljajo določbe pogojev za kolektivno zavarovanje. Zavarovalnica jih objavlja na spletnem naslovu 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 zaklopov
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 skleroza
7. Huda travmatska možganska poškodba
8. Koma
9. Idiopatična 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

080 88 08
www.prva.si