

Splošne določbe

1. člen:

1. Posebni pogoji za kolektivno zdravstveno zavarovanje Operativni posegi (v nadaljnjem besedilu: posebni pogoji) so skupaj s prilogo Seznam operativnih posegov in 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 Operativni posegi.
3. Kolektivno zdravstveno zavarovanje Operativni posegi (v nadaljnjem besedilu: zavarovanje) je oblika zdravstvenega zavarovanja, ki omogoča zavarovanje za kritje stroškov opravljenih operativnih posegov pri izvajalcu zdravstvenih storitev za zavarovane osebe ter je natančno urejeno v splošnih pogojih in teh posebnih pogojih.
4. Pomen nekaterih izrazov, uporabljenih v teh pogojih:
 - **operativni poseg** je odstranitev obolelega ali poškodovanega dela telesa oziroma tujka ali vzpostavitev normalnega delovanja dela telesa; po navadi je nadaljevanje specialistične obravnave;
 - **opredeljeni operativni poseg** je ambulantni operativni poseg v enodnevni obravnavi, katerega stroške lahko krije zavarovalnica in je na Seznamu operativnih posegov.

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) in največ oseminšestdeset (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, ter višino letne zavarovalne vsote za posameznega zavarovanca. Vsakemu zavarovalcu 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. 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, 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 z 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 zavarovalcu, 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 2 (dveh) mesecih od vključitve posameznega zavarovanca v kolektivno zavarovanje (čakalna doba), razen za poškodbe, ki so nastale po začetku zavarovanja. Če je zavarovanec v zavarovalnem letu že izkoristil letno zavarovalno vsoto, zavarovanje do začetka naslednjega zavarovalnega leta nima zavarovalnega jamstva in ga ni mogoče prekiniti pred potekom tekočega zavarovalnega leta.

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 zavarovalcu zagotovil izvedbo storitve s Seznama operativnih posegov. Zavarovalnica se zavezuje, da bo v tem primeru krila stroške opredeljenega operativnega posega v višini cene operativnega posega, opredeljenega na Seznamu operativnih posegov, vendar največ do višine, ki skupaj z drugimi operativnimi posegi, opravljenimi v zavarovalnem letu, skladno z drugim odstavkom tega člena ne preseže višine izbrane letne zavarovalne vsote, dogovorjene za posameznega zavarovanca.
2. Zavarovanje skladno s temi pogoji krije stroške operativnih posegov za sklenjeni paket s seznamom operativnih posegov, pri čemer se v zavarovalnem letu stroški opredeljenih operativnih posegov krijejo največ do višine dogovorjene letne zavarovalne vsote za posameznega zavarovanca. Če v zavarovalnem letu stroški opredeljenih operativnih posegov presežejo dogovorjeno letno zavarovalno vsoto, se šteje, da je zavarovanec izkoristil letno zavarovalno vsoto, ki jo krije zavarovanje. Znesek, za katerega stroški opredeljenih operativnih posegov presežejo letno zavarovalno vsoto, mora poravnati zavarovanec sam.
3. Zavarovanje krije stroške operativnih posegov le v primeru, da je operativni poseg utemeljen. Utemeljenost po teh pogojih pomeni, da je operativni poseg upravičen in ga je skladno z medicinsko doktrino predpisal pristojni zdravnik, ter je izvedba primerna glede na zdravstveno stanje zavarovanca.
4. Seznam operativnih posegov, katerih stroške krije zavarovanje in od katerih vsak pomeni en zavarovalni primer, je priloga k tem pogojem (Seznam operativnih posegov) in je dostopen tudi na spletni strani zavarovalnice. Zavarovalnica lahko seznam operativnih posegov med trajanjem zavarovanja razširi z dodatnimi storitvami z objavo na spletni strani zavarovalnice www.prva.si.
5. Zavarovalec lahko izbira med zavarovanji z različnimi paketi opredeljenih operativnih posegov. Zavarovalna vsota se določi na polici v dogovoru med zavarovalcem in zavarovalnico.
6. Zavarovalnica krije stroške operativnih posegov le do višine letne zavarovalne vsote, dogovorjene s kolektivno zavarovalno pogodbo za posameznega zavarovanca. Če stroški operativnih posegov, opravljenih posameznemu zavarovalcu znotraj zavarovalnega leta, presežejo njegovo letno zavarovalno vsoto, mu zavarovalnica do konca zavarovalnega leta ne krije več stroškov operativnih posegov, tudi če so na seznamu operativnih posegov.
7. Zavarovalnica se obvezuje, da bo upravičencu omogočila izvedbo operativnih posegov v največ desetih (10) delovnih dneh po dnevu odobritve zahtevka.
8. Zavarovanje ne krije stroškov operativnih posegov, ki niso na seznamu operativnih posegov, niti tistih, ki so na tem seznamu, vendar niso utemeljeni.

Zdravstvena točka PRVA Zdravje

6. člen

1. Zdravstvena točka PRVA Zdravje poleg nalog, opredeljenih v splošnih pogojih, zavarovanca in zavarovalcu daje vse potrebne informacije, izvaja avtorizacijo upravičenosti do kritja stroškov operativnih posegov, obvešča zavarovanca o terminih operativnih posegov in termine 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 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. Zavarovalnica nima obveznosti iz zavarovanja, če tako sledi iz splošnih pogojev. Ne glede na splošne pogoje in višino zavarovalne vsote zavarovalnica nima obveznosti iz zavarovanja niti:
 - za kritje stroškov operativnih posegov, povezanih s predhodnimi stanji;
 - če zavarovanec uveljavlja pravico do operativnega posega, ne da bi to vnaprej sporočil zdravstveni točki PRVA Zdravje in dobil njeno odobritev;
 - za kritje stroškov operativnih posegov, ki niso na seznamu operativnih posegov.
3. Zavarovanje ne krije stroškov:
 - operativnih posegov v stomatologiji, razen kirurških posegov na obraznih kosteh;
 - operativnih posegov, ki so nujni;
 - operativnih posegov, ki v Sloveniji niso strokovno doktrinarno priznani ali so poskusni;
 - operativnih posegov, povezanih s kroničnimi boleznimi in ponavljajočimi se stanji, neplodnostjo, nosečnostjo, porodom, umetno oploditvijo, umetno prekinitvijo nosečnosti in spontanim splavom (razen kot posledica nezgode), poškodbami pri rojstvu, operacijo ploda in sterilizacijo;
 - operativnih posegov, opravljenih iz estetskih razlogov, razen če so takšni posegi na seznamu operativnih posegov in posledica nezgode ter so izrecno kirurško svetovani;
 - operativnih posegov, povezanih s prekomerno telesno težo;
 - operativnih posegov, povezanih z refrakcijskimi okvarami očesa (kratkovidnost, daljnovidnost, astigmatizem), razen če so posledice poškodbe;

- operativnih posegov, opravljenih pri izvajalcu, ki je ožji družinski član zavarovanca ali živi v skupnem gospodinjstvu z zavarovancem;
 - operativnih posegov, za katere zavarovalnica ni dala soglasja;
 - prevoza do izvajalca operativnega posega, nastanitve in prehrane, uporabe komunikacijskih sredstev, spremljevalca, pridobivanja in posredovanja zdravstvene dokumentacije;
 - kadar zavarovalec ali zavarovanec predloži neresnične podatke, izvede prevaro in zamolči, ponaredi ali zlorabi informacije;
 - operativnih posegov, potrebnih zaradi neodgovornega ravnanja oziroma opustitve potrebnega ravnanja zavarovanca ali njegovega neupoštevanja navodil ležečega zdravnika;
 - operativnih posegov, katerih trajanje skupaj z opazovanjem preseže enodnevno obravnavo;
 - operativnih posegov, ki so opravljeni na zavarovančevo zahtevo;
 - operativnih posegov zaradi prirojenih napak ali bolezenskih stanj in/ali poškodb, nastalih ob rojstvu;
 - operativnih posegov, povezanih s poškodbami zaradi jedrskega sevanja, potresa in zdravstvenimi posledicami tega;
 - operativnih posegov brez medicinsko utemeljene indikacije ali zaradi posledic zdravniške napake ali zaradi izboljšanja psihofizičnega stanja zavarovanca;
 - operativnih posegov, povezanih z zdravljenjem karcinomov in situ in vseh karcinomov kože (razen invazivnega malignega melanoma);
 - transplantacij, če je zavarovanec darovalec organa ter odstranitvijo notranjega osteosintetskega materiala;
 - operativnih posegov, povezanih s sindromom pridobljene imunske pomanjkljivosti, infekcijo s HIV, spolno prenosljivimi boleznimi, epilepsijo in paralizo;
 - operativnih posegov, povezanih s spremembo spola;
 - operativnih posegov zaradi opekljn.
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.

Obveznosti zavarovalca in zavarovanca ter posledice njihove neizpolnitve

8. člen

1. Vsak zavarovanec je dolžan zavarovalnici takoj sporočiti spremembo prebivališča ali spremembo 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 ponudbi in vprašalniku o zdravstvenem stanju. Če je zavarovanec namenoma neresnično prijavil ali namenoma zamolčal okoliščino, zaradi katere ga zavarovalnica ne bi vključila v kolektivno zavarovanje, lahko zavarovalnica odkloni plačilo stroškov operativnih posegov za čas, preden je izvedela za tako okoliščino.
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 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 kritija. 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

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, sprememb stroškov zdravstvenih storitev ali z njim povezanih storitev, stroškov zdravlil 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 spremembo ne strinja, ima pravico, da v tridesetih (30) dneh po obvestilu z izjavo

odstopi od zavarovalne pogodbe, pri čemer odstop od zavarovalne pogodbe učinkuje s potekom tekočega zavarovalnega leta. Če zavarovalec v tem 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 zavarovančevo korist ali če se višina zavarovalne premije spremeni zaradi spremembe starostne strukture zavarovancev.

Posledice zaradi neplačila premije

10. 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. Razdrte zavarovalne pogodbe nastopi z iztekom roka iz prejšnjega odstavka in s prenehanjem zavarovalnega kritija, če je bil zavarovalec na to opozorjen v priporočenem pismu z obvestilom o zapadlosti premije in o prenehanju zavarovalnega kritija.
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 z neplačilom zavarovalne premije ne more enostransko prekiniti kolektivne zavarovalne pogodbe.

Uveljavljanje pravic iz zavarovanja

11. člen

1. Zavarovanec ali katerakoli oseba, ki je 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 potrđila elektronske napotnice ter vseh dokazil, s katerimi lahko izkaže upravičenost do kritja stroškov operativnih posegov. Zavarovalnica ima pravico zahtevati tudi druga dokazila, ki so potrebna za ugotavljanje pravice do operativnega posega.
3. Na podlagi odobritve zavarovančevega zahtevka zdravstvena točka PRVA Zdravje zavarovancu na osebni elektronski naslov in na osebno številko mobilnega telefona pošlje sporočilo, v katerem odredi 2 (dva) termina za izvedbo operativnega posega (v 10-dnevnem roku od odobritve zahtevka), naziv in naslov izvajalca storitve, kontaktne podatke in vrsto naročenega operativnega posega, skupaj z opozorilom glede morebitne odpovedi termina.
4. Zavarovanec se na zdravstveni točki PRVA Zdravje dogovori za izbrani termin operativnega posega.
5. Ko se zavarovanec dogovori za termin operativnega posega, se to upošteva kot napotilo za uveljavljanje pravice do operativnega posega v soglasju z zavarovalnico.
6. Zavarovanec pravice do kritja operativnih posegov ne more uveljavljati pri izvajalcu zdravstvenih storitev, ki ni med pogodbenimi izvajalci zavarovalnice.
7. Zavarovanec lahko dogovorjeni termin izvedbe operativnega posega pri pogodbenem izvajalcu odpove ali predlaga spremembo le zaradi izrednih okoliščin, ki jih ni mogel pričakovati niti preprečiti. O tem mora nemudoma, ko je to mogoče, obvestiti zdravstveno točko PRVA Zdravje, s čimer se šteje, da je zavarovalnica seznanjena z odpovedjo. Takšnemu obvestilu mora zavarovanec predložiti dokazila ali dokumentacijo o izrednih okoliščinah, zaradi katerih je odpovedal termin.
8. Če zavarovanec termina ne odpove po postopku, opisanem v šestem odstavku tega člena, se šteje, da je izkoristil operativni poseg ali zavarovalni primer.
9. Če je zavarovanje preoblikovano ali obnovljeno z višjo ali nižjo zavarovalno vsoto, se pri kritju stroškov operativnih posegov upošteva zavarovalna vsota, ki je za zavarovanca veljala na dan, ko se je ugotovila potreba po operativnem posegu, to je takrat, ko je potrebo po posegu skladno z medicinsko doktrino ugotovil pristojni zdravnik, čeprav takrat še ni napisal napotnice.

Odpoved zavarovanja

12. člen

1. Zavarovalec lahko odpove kolektivno zavarovalno pogodbo najmanj dva 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 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.

Končne določbe

14. člen

1. Ti posebni pogoji dopolnjujejo splošne pogoje za zdravstveno zavarovanje PRVA Zdravje. Če se katera določba teh pogojev za kolektivno zavarovanje razlikuje od splošnih pogojev, veljajo določbe pogojev za kolektivno zavarovanje.
2. Ti posebni pogoji veljajo in se uporabljajo od 1. 8. 2023 dalje.

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