

Splošne določbe

1. člen:

- Posebni pogoji za kolektivno zdravstveno zavarovanje Specialisti (v nadaljnjem besedilu: posebni pogoji) so skupaj s prilogo Seznam specialističnih storitev 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).
- S temi posebnimi pogoji se urejajo medsebojni odnosi med zavarovalcem, zavarovanci in zavarovalnico, ki izvirajo iz kolektivnega zdravstvenega zavarovanja Specialisti.
- Kolektivno zdravstveno zavarovanje Specialisti (v nadaljnjem besedilu: zavarovanje) je oblika zdravstvenega zavarovanja, ki omogoča zavarovanje za primer kritja stroškov specialističnih storitev in diagnostičnih preiskav zavarovanih oseb, pri izvajalcu zdravstvenih storitev in je natančno urejeno v splošnih pogojih in teh posebnih pogojih.
- Pomen nekaterih izrazov, uporabljenih v teh pogojih:
 - Obravnavo** 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 Specialisti Standard je potrebno pridobiti napotnico osebnega zdravnika. Nadaljni pregledi v okviru obravnave se izvajajo glede na pisno napotilo zdravnika specialista.
 - Zdravnik specialist oziroma izvajalec zdravstvenih storitev** je strokovnjak, ki se poklicno ukvarja s prepoznavno 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 in je pogodbeni partner zavarovalnice.
 - Specialistični pregled** je pregled zavarovanca, ki ga opravi zdravnik specialist z zadevnega specialističnega področja medicine.
 - Poseg** je nadaljevanje specialistične obravnave, ki ga v sklopu dnevne obravnave izvede zdravnik specialist.
 - Diagnostični postopek** zajema enostavne in zahtevne diagnostične preiskave, ki so nadaljevanje specialističnega pregleda in dopolnjujejo specialistične storitve.
 - Zavarovalec** je pravna ali fizična oseba s sedežem v Republiki Sloveniji – delodajalec, ki z zavarovalnico sklene kolektivno zavarovalno pogodbo in se zaveže plačevati zavarovalno premijo iz svojih sredstev ali iz sredstev zavarovancev.

Zavarovane osebe

2. člen

- Zavarujejo se lahko osebe, ki so v času sklenitve 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.
- Starost zavarovanca ob začetku zavarovanja je lahko največ oseminšestdeset (68) let.

Sklenitev zavarovanja

3. člen

- Kolektivno 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.
- Zavarovavec ob pristopu h kolektivnemu zavarovanju izpolni in podpiše pristopno izjavo, ki vsebuje vprašalnik o zdravstvenem stanju zavarovanca.
- 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 dnevno, ko zavarovalnica prejeme popolno pristopno izjavo z vprašalnikom o zdravstvenem stanju. Ta dan je tudi datum pričetka zavarovanja za novo vključenega zavarovanca v kolektivno zavarovanje.

Trajanje zavarovanja in jamstvo

4. člen

- 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.
- 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.

- Kolektivna zavarovalna pogodba se ne podaljša, če zavarovalnica ali zavarovalec odpove pogodbo v skladu s 12. členom teh pogojev ter v primerih iz odstopa zavarovalca od pogodbe skladno s 4 odst. 9. člena 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.
- 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;
 - če preneha kolektivna zavarovalna pogodba;
 - v drugih primerih, določenih s temi pogoji ali zakonom.
- 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. 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

- 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 storitve s Seznama specialističnih storitev, in da bo zavarovalnica krila stroške storitve v skladu z zavarovalno pogodbo.
- Zavarovanja glede na izbrana kritja za vsakega zavarovanca vključujejo plačilo stroškov specialističnih storitev in diagnostičnih preiskav, ki jih zavarovanec opravi z namenom postaviti diagnozo 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 diagnostična preiskava upravičena, da jo je skladno z medicinsko doktrino predpisal pristojni zdravnik ali zdravstvena točka PRVA Zdravje ter je primerna glede na zdravstveno stanje zavarovanca.
- Specialistične storitve so storitve, ki so potrebne za postavitev 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 lahko izbere za vse svoje zavarovance enega izmed paketov 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 najmanj tri (3) obravnave, pri čemer mora za vsako obravnavo pridobiti napotnico. V sklopu vsake obravnave lahko zavarovanec, na podlagi napotnice ali pisnega napotila zdravnika specialista, koristi največ tri (3) storitve. Če zavarovanec v predhodnem zavarovalnem letu specialističnih obravnav ni izkoristil, je v tekočem zavarovalnem letu upravičen do največ štirih (4) specialističnih 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 najmanj štiri (4) specialistične obravnave. Zavarovanec lahko isto storitev koristi brez napotnice le, če je od prejšnje takšne storitve poteklo vsaj eno leto, v nasprotnem primeru je za takšno storitev obvezna napotnica. V sklopu vsake obravnave lahko zavarovanec, na podlagi napotnice ali pisnega napotila zdravnika specialista, 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 zavarovancem omogočila izvedbo specialističnih storitev in diagnostičnih postopkov v največ 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 diagnostičnih preiskav, ki niso vključene na Seznam specialističnih storitev, ter tistih, za katere ni utemeljene indikacije.
- Zavarovanje skladno s temi pogoji krije za vsakega zavarovanca 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

6. člen

1. Zdravstvena točka PRVA Zdravje poleg nalog, opredeljenih v splošnih pogojih, zavarovalnici in zavarovalcu nudi vse potrebne informacije, izvaja avtorizacijo upravičenosti do kritja stroškov specialističnih storitev in diagnostičnih preiskav, 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 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 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 ni na Seznamu specialističnih storitev.
3. Zavarovanje ne krije stroškov:
 - medicinskotehničnih pripomočkov, zobnoprofesijskih 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 pa so poskusne metode;
 - patronažne zdravstvene nege;
 - zdravstvenih storitev, povezanih s kroničnimi boleznimi in ponavljajočimi se stanji, neplodnostjo, nosečnostjo, porodom, umetno oploditvijo, umetno prekinitvijo nosečnosti in sterilizacijo;
 - fizioterapije;
 - storitev za preventivo, razen izrecno navedenih na Seznamu specialističnih storitev;
 - genetskih boleznih 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 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.
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 zavarovanja ter posledice njihove neizpolnitve

8. člen

1. Vsak zavarovanec je dolžan zavarovalnici takoj sporočiti spremembo bivališča 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 neznane. Pomembne so zlasti tiste okoliščine, za katere je zavarovalnica postavila pisna vprašanja v ponudbi in vprašalniku o zdravstvenem stanju.
3. Če je zavarovanec namenoma neresnično prijavil ali 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 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 (1) 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 osnovi dejavnikov, ki jih vključijo pri oceni premije, zagotovo pa je premija odvisna od števila in deleža zavarovancev, ki pristopijo h kolektivnem 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 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 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 zavarovančovo korist ali če se spremeni višina zavarovalne premije zaradi spremembe starostne strukture zavarovancev oziroma zaradi prehodov zavarovancev med starostnimi razredi.

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. 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 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 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 napolitve ali kopije potrjena elektronske napolitve, če je ta potrebna v skladu s temi splošnimi pogoji, ter vseh dokazil, s katerimi zavarovanec lahko izkaže upravičenost do kritja stroškov specialističnih storitev in/ali diagnostičnih preiskav. Zavarovalnica ima pravico zahtevati tudi druga dokazila, ki so potrebna za ugotavljanje pravice do koriščenja specialistične storitve.
3. Na podlagi odobritve zavarovančevega zahtevka, zdravstvena točka PRVA Zdravje zavarovalcu 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 napolitvo za uveljavljanje pravice do zdravstvenih storitev v soglasju z zavarovalnico.
6. Zavarovanec ne more pravice do kritja zdravstvenih storitev 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. Takšnemu 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 diagnostični pregled). 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

12. člen

1. Zavarovalec lahko odpove kolektivno zavarovalno pogodbo najmanj dva (2) meseca pred potekom tekočega zavarovalnega leta. Odpoved mora biti v pisni obliki 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 v primeru, da 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.

Končne določbe

14. člen

1. Ti posebni pogoji dopolnjujejo splošne pogoje za zdravstveno zavarovanje PRVA Zdravje. V primeru, da se kakšna določba za kolektivno zavarovanje razlikuje od splošnih pogojev, veljajo določbe za kolektivno zavarovanje. Zavarovalnica jih objavlja na spletnem naslovu www.prva.si.
2. Ti posebni pogoji veljajo in se uporabljajo od 1. 8. 2023.

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