

Splošne določbe

1. člen:

1. Posebni pogoji za kolektivno zdravstveno zavarovanje Zdravila (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).
2. S temi posebnimi pogoji se urejajo medsebojni odnosi med zavarovalcem in zavarovalnico, ki izvirajo iz kolektivnega zdravstvenega zavarovanja Zdravila (v nadaljnjem besedilu: zavarovanje). To zavarovanje omogoča zavarovanje za primer kritja stroškov zdravil, predpisanih pri izvajalcu zdravstvenih storitev, ter je natančno urejeno v splošnih pogojih in teh posebnih pogojih.

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 največ osemindeset (88) 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 zavarovalcu se izda potrdilo o zavarovanju. Zavarovanje je sklenjeno skladno s splošnimi pogoji. Zavarovalnica se z zavarovalno pogodbo obvezuje, da bo ob nastopu zavarovalnega primera v skladu z veljavnimi splošnimi in posebnimi pogoji poskrbela za kritje stroškov zdravil, predpisanih pri izvajalcu zdravstvenih storitev iz mreže zdravstvenih zavodov zavarovalnice.
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 dnevom v mesecu, ki sledi dnevu, ko zavarovalnica prejme popolno pristopno izjavo z vprašalnikom o zdravstvenem stanju. Ta dan je tudi datum začetka zavarovanja za novo vključenega zavarovanca v kolektivno zavarovanje.

Trajanje zavarovanja in jamstvo

4. člen:

1. Zavarovanje začne veljati ob 00.00 tistega dne, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja. Velja do dvajset (20) let. Veljati preneha z odpovedjo zavarovalnice ali zavarovalca.
2. Zavarovalec ima pravico do vsakokratnega podaljšanja zavarovanja za eno leto pod enakimi pogoji, pri čemer se podaljšanje izvede molče, razen v primerih iz 3. in 4. točke tega člena in 2. točke 8. člena teh pogojev.
3. Kolektivna zavarovalna pogodba se ne podaljša, če zavarovalec odpove pogodbo v skladu z 12. členom teh pogojev ali če zavarovalec odstopi od pogodbe 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. točke tega člena zavarovalca obvesti vsaj tri (3) mesece pred iztekom tekočega zavarovalnega leta.
6. Vsakemu posameznemu zavarovancu, vključenemu v kolektivno zavarovalno pogodbo, zavarovanje in kritje prenehata:
 - 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 začetka zavarovanja (čakalna doba), razen za kritje stroškov zdravil, ki so predpisana za zdravljenje poškodb, ki so nastale po začetku zavarovanja. Če je zavarovanec v zavarovalnem letu že izkoristil kritje stroškov zdravil v višini zavarovalne vsote, zavarovanje do začetka naslednjega zavarovalnega leta nima zavarovalnega jamstva.
8. Ko zavarovanec v zavarovalnem letu izkoristi zavarovalno vsoto, zavarovanja ni mogoče prekiniti pred potekom tekočega zavarovalnega leta.

Predmet zavarovanja

5. člen:

1. S kolektivno pogodbo se zavarovalec obvezuje, da bo zavarovalnici plačeval dogovorjeno premijo, zavarovalnica pa se obvezuje, da bo povrnila stroške zdravil, izdanih na beli, samoplačniški recept v skladu z zavarovanjem in temi pogoji.

2. Zavarovanje krije stroške zdravil le, če jih skladno z obravnavano diagnozo, navedeno v zadevni zdravstveni dokumentaciji, z medicinsko doktrino in smernicami predpiše zdravnik specialist s svojega strokovnega področja, ob izvedbi specialistične obravnave, diagnostične preiskave ali operativnega posega v okviru zavarovanja Specialisti, Rehabilitacije ali Operacije, skladno z diagnozo.
3. Zavarovanje krije stroške zdravil, ki imajo dovoljenje za promet v Republiki Sloveniji, so predpisana v skladu s strokovnimi navodili za predpis zdravil, se izdajo v lekarni v Republiki Sloveniji in so izdana na belem, samoplačniškem receptu.
4. Ob posamezni specialistični obravnavi, diagnostični preiskavi ali operativnem posegu v okviru zavarovanja Specialisti, Rehabilitacije ali Operacije, skladno z diagnozo, zavarovanje krije stroške zdravil za zdravljenje za največ 30 dni.
5. Upravičenec lahko v zavarovalnem letu izkoristi kritje stroškov zdravil do višine letne zavarovalne vsote.
6. Zavarovalnica se obvezuje, da bo upravičencu povrnila strošek nakupa predpisanih zdravil na podlagi izdanega in plačanega računa lekarne v največ desetih (10) delovnih dneh po odobritvi zahtevka in prejemu popolne dokumentacije.

Zdravstvena točka PRVA Zdravje

6. člen:

1. Zdravstvena točka PRVA Zdravje poleg nalog, opredeljenih v splošnih pogojih, zavarovancu in zavarovalcu zagotavlja vse potrebne informacije, preverja upravičenost do kritja stroškov zdravil in zagotavlja celostno pomoč pri uveljavitvi pravic iz zavarovanja.

Omejitve in izključitve obveznosti zavarovalnice

7. člen:

1. 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 zdravil v povezavi s predhodnimi stanji;
 - za kritje stroškov zdravil za zdravljenje novonastale bolezni, stanja in poškodbe, ki se opredelijo kot kronični ali ponavljajoči se, ne glede na to ali je bolezen, stanje ali poškodba novonastala ali pa se nanaša na obdobje pred sklenitvijo zavarovanja.
2. Zavarovanje ne krije stroškov:
 - zdravil, ki niso izdana na beli recept;
 - zdravil, ki jih izda zdravnik, ki ni iz mreže pogodbenih partnerjev zavarovalnice
 - nadomestnih zdravil, ki so primerljiva predpisanemu zdravilu;
 - zdravil, ki niso predpisana skladno z diagnozo in niso navedena v zdravstveni dokumentaciji;
 - medicinskotehničnih pripomočkov, zobnoprotektičnih pripomočkov in nadomestkov;
 - storitev alternativnega, dopolnilnega in poskusnega zdravljenja, ki v Sloveniji niso strokovno doktrinarno priznana medicinska metoda ali so poskusne metode;
 - zdravil, ki se uporabljajo za zdravljenje genetskih bolezni in preiskav ali za zdravljenje malignih bolezni;
 - zdravil, za katera velja poseben režim predpisovanja;
 - zdravil, ki jih je treba uporabljati zaradi zdravstvenih storitev, opravljenih iz estetskih razlogov;
 - zdravil, ki se uporabljajo za zdravljenje debelosti, erektilne disfunkcije ali odpravo androgene plešavosti;
 - zdravil, ki jih je treba uporabljati zaradi katerega koli operativnega posega na očeh;
 - zdravil, ki so predpisana le v preventivne namene;
 - zdravil za osebo, ki je ožji družinski član zavarovanca ali živi v skupnem gospodinjstvu z zavarovancem;
 - kadar zavarovalec ali zavarovanec predloži neresnične podatke, izvede prevaro in zamolči, ponaredi ali zlorabi informacije;
 - zdravil, ki jih je treba uporabljati zaradi neodgovornega ravnanja ali opustitve potrebnega ravnanja zavarovanca, in če se zavarovanec ne drži navodil lečečega zdravnika;
 - zdravil, ki bi jih zavarovanec potreboval zaradi zdravljenja poškodb ali bolezni, ki so nastale med organiziranim športnim udejstvom (tekmovanja, treningi, prireditve);
 - zdravil v obliki injekcij ali ampul in imunskih serumov, imunoglobulinov ter krvnih izdelkov in cepiv;
 - zdravil, ki so znova izdana in imajo enako učinkovino kot predhodno izdana zdravila za enak razlog obravnave;
 - ki bi lahko nastali s pridobitvijo zdravil, kot so prevoz, poštnina ipd.
3. 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. Zavarovalec 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 presojo nevarnosti nastopa zavarovalnega primera, 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 zavarovanja, če bi bila seznanjena z resničnim stanjem, lahko zavarovalnica zahteva razveljavitev zavarovanja ali odkloni plačilo stroškov zdravil za čas, preden je izvedela za tako okoliščino. Če je bilo zavarovanje razveljavljeno, zavarovalnica obdrži že plačane premije in ima pravico zahtevati plačilo premije do konca obdobja zavarovanja, v katerem 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. Če zavarovalnica izjavi, da odpoveduje zavarovanje, je zavarovanje odpovedano štirinajst (14) dni od dneva, ko je zavarovalnica zavarovalcu sporočila, da odpoveduje zavarovanje. Če zavarovalnica predlaga zvišanje premije, je zavarovanje po zakonu odpovedano, 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 določi 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 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 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, če zavarovalec do zapadlosti ne plača zavarovalne premije, ki je zapadla po sklenitvi pogodbe, in tega 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 se ta rok ne more izteči prej, preden ne preteče trideset (30) dni od zapadlosti premije.
2. Zavarovalnica lahko po izteku roka iz prejšnje točke, 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 prejšnje točke 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 1. točke, vendar v enem letu od zapadlosti premije, se obveznost zavarovalnice, da izplača zavarovalnino, znova 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 povzročeni z zamudo, in zakonske zamudne obresti.
5. Zavarovalec ne more z neplačilom zavarovalne premije enostransko prekiniti zavarovanja.

Uveljavljanje pravic iz zavarovanja

11. 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. Če je upravičenec mladoletna oseba, se povračilo stroškov do zavarovalne vsote izplača njegovim staršem ali skrbniku oz. zakonitemu zastopniku.
3. Po vzpostavitvi stika je zavarovanec na zdravstveni točki PRVA Zdravje pozvan k predložitvi podatka o številki police, računa nakupa zdravil in potrebne zdravstvene dokumentacije, na primer izvida, na podlagi katerega je bilo zdravilo predpisano in izdano, ter vseh dokazil, s katerimi lahko izkaže upravičenost do

kritja stroškov zdravil. Zavarovalnica ima pravico zahtevati tudi druga dokazila, potrebna za ugotavljanje pravice do koriščenja povračila stroškov zdravil.

4. Na podlagi odobritve zavarovančevega zahtevka zdravstvena točka PRVA Zdravje zavarovancu na osebni račun povrne strošek nakupa zdravil, do katerega je upravičen.
5. Zavarovanec pravice do kritja stroškov zdravil ne more uveljavljati, če je zdravilo predpisal zdravnik, ki ni med pogodbenimi izvajalci zavarovalnice.

Odpoved zavarovanja

12. 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.
3. Z dnem učinkovanja odpovedi preneha 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 zavarovalec 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.

Končni določbi

13. člen:

1. 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.
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