

Splošne določbe

1. člen:

1. Posebni pogoji za zdravstveno zavarovanje Operativni posegi (v nadaljnjem besedilu: posebni pogoji) so skupaj s prilogo Seznam operativnih posegov ter 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 zdravstvenega zavarovanja Operativni posegi. Zdravstveno zavarovanje Operativni posegi (v nadaljnjem besedilu: zavarovanje) je oblika zdravstvenega zavarovanja, ki omogoča zavarovanje za primer kritja stroškov opravljenih operativnih posegov pri izvajalcu zdravstvenih storitev, ter je natančno urejeno v splošnih pogojih in teh posebnih pogojih.
3. 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.

Sklenitev zavarovanja

2. člen

1. Zavarovati je mogoče fizične osebe od dopolnjenega 15. leta, ki imajo prebivališče v Republiki Sloveniji in jim ni odvzeta poslovna sposobnost. Zavarovanje osebe, ki ji je popolnoma odvzeta poslovna sposobnost ali je mlajša od 15. let, je nično. Najvišja pristopna starost je določena v splošnih pogojih.
2. Zavarovalnica se z zavarovalno pogodbo obvezuje, da bo ob zavarovalnem primeru v skladu z veljavnimi pogoji krila plačilo stroškov utemeljenih opredeljenih operativnih posegov.
3. Tega zavarovanja ni mogoče kapitalizirati, odkupiti, obnoviti oziroma zanj zahtevati predujem ali mirovanje.
4. Za to zavarovanje ni predvidena udeležba pri dobičku.

Trajanje zavarovanja in jamstvo

3. člen

1. Zavarovanje začne veljati ob 00.00 tistega dne, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja.
2. Zavarovalec ima pravico do vsakokratnega podaljšanja zavarovanja za eno leto pod enakimi pogoji ob upoštevanju drugega odstavka 8. člena teh pogojev, pri čemer se podaljšanje izvede molče, razen v primerih iz 3. in 4. odstavka tega člena in 4. odstavka 8. člena teh pogojev.
3. Zavarovanje se ne podaljša, če zavarovalec odpove pogodbo v skladu z 11. členom 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. Jamstvo zavarovalnice se začne po dveh (2) mesecih od začetka zavarovanja (čakalna doba), razen za poškodbe, ki so nastale po začetku zavarovanja.
7. Po izkoriščenih letni zavarovalni vsoti, ki jo krije zavarovanje, zavarovanja ni mogoče prekiniti pred potekom tekočega zavarovalnega leta.

Predmet zavarovanja

4. člen

1. Z 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 zavarovancu zagotovil izvedbo operativnih posegov s Seznama operativnih posegov, zavarovalnica pa bo krila stroške opredeljenega operativnega posega v višini stroška operativnega posega oziroma največ po veljavnem ceniku izvajalca, vendar največ toliko, da skupaj z drugimi operativnimi posegi, opravljenimi v zavarovalnem letu, skladno z 2. odstavkom tega člena, ne preseže višine izbrane letne zavarovalne vsote.
2. Zavarovanje skladno s temi pogoji krije stroške operativnih posegov s Seznama operativnih posegov, pri čemer je v zavarovalnem letu kritje stroškov opredeljenih operativnih posegov največ do višine dogovorjene letne zavarovalne vsote. 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 opredeljenih operativnih posegov le v primeru, da je operativni poseg utemeljen. Utemeljenost po teh pogojih pomeni, da je operativni poseg opredeljen, je upravičen in ga je skladno z medicinsko doktrino predpisal pristojni zdravnik, kar se dokazuje z napotnico, ter je izvedba primerna glede na zdravstveno stanje zavarovanca.
4. Seznam operativnih posegov, katerih plačilo stroškov krije zavarovanje in od katerih vsak pomeni en zavarovalni primer, je priloga teh pogojev (Seznam

operativnih posegov) ter 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 opredeljenih operativnih posegov le do višine letne zavarovalne vsote. Če stroški opravljenih operativnih posegov znotraj zavarovalnega leta presežejo letno zavarovalno vsoto, zavarovalnica zavarovancu do konca zavarovalnega leta ne krije več stroškov operativnih posegov, četudi so na Seznamu operativnih posegov.
7. Zavarovalnica se obvezuje, da bo upravičencu omogočila izvedbo opredeljenih operativnih posegov v največ desetih (10) delovnih dneh po dnevu odobritve zahtevka.
8. Zavarovanje ne krije stroškov operativnih posegov, ki niso vključeni na Seznam operativnih posegov, ter tistih, ki so vključeni, vendar niso utemeljeni.

Zdravstvena točka PRVA Zdravje

5. člen

1. Zdravstvena točka PRVA Zdravje poleg koristi, opredeljenih v splošnih pogojih, zavarovancu in zavarovalcu zagotavlja 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 zavarovanja.

Omejitve in izključitve obveznosti zavarovalnice

6. 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 operativnih posegov v povezavi s predhodnimi stanji;
 - če zavarovanec uveljavlja pravice do operativnega posega, ne da bi to vnaprej najavil zdravstveni točki PRVA Zdravje in dobil njeno odobritev;
 - za kritje stroškov operativnih posegov, ki niso na Seznamu operativnih posegov.
3. Zavarovanje ne krije stroškov, ko gre za stroške:
 - operativnih posegov v stomatologiji ali oralni kirurgiji, povezanih z zdravljenjem zobovja, razen kirurških posegov na drugih 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 taki posegi na Seznamu operativnih posegov in posledica nezgode ter so izrečno kirurško svetovani;
 - operativnih posegov, povezanih s prekomerno težo;
 - operativnih posegov, povezanih z refrakcijskimi okvarami očesa (kratkovidnost, daljnovidnost, astigmatizem), razen če gre za 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, 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;
 - operativnih posegov kot posledice neodgovornega ravnanja oziroma opustitve potrebnega ravnanja zavarovanca ali če se zavarovanec ne drži navodil lečečega zdravnika;
 - operativnih posegov, katerih trajanje skupaj z opazovanjem preseže enodnevno obravnavo;
 - operativnih posegov, opravljenih na zavarovančevo zahtevo;
 - operativnih posegov zaradi prirojenih napak ali bolezenskih stanj in/ali poškodb, nastalih ob rojstvu;
 - operativnih posegov, ki so posledica nezgode zaradi jedrskega sevanja, potresa in zdravstvenih posledic zaradi tega;
 - operativnih posegov brez medicinsko utemeljene indikacije ali zaradi posledic zdravniške napake;
 - operativnih posegov, povezanih z zdravljenjem karcinomov in situ in vseh karcinomov kože (razen invazivnega malignega melanoma);
 - transplantacij, če je zavarovanec darovalec organa, z okvarami in zapleti ob oziroma po operativnih posegih ter z odstranitvijo notranjega osteosintetskega materiala;
 - operativnih posegov, povezanih s sindromom pridobljene imunske

- pomanjkljivosti, infekcijo s HIV, s spolno prenosljivimi boleznimi, epilepsijo in paralizo;
- operativnih posegov, povezanih s spremembo spola;
 - operativnih posegov zaradi opeklin.
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, odkravljena in zavarovanec v zadnjih dveh (2) letih od popolne ozdravitve ni imel nikakršnih posledic. K zahtevi za izbris izključitev mora zavarovanec predložiti ustrežno zdravstveno dokumentacijo, na podlagi katere zavarovalnica presoja upravičenost zahteve.

Obveznosti zavarovalca in zavarovanca ter posledice njihove neizpolnitve

7. člen

1. Zavarovalec je dolžan zavarovalnici takoj sporočiti spremembo prebivališča ali spremembo sedeža.
2. Zavarovalec in zavarovanec sta ob sklenitvi zavarovanja zavarovalnici dolžna prijaviti vse okoliščine, pomembne za oceno nevarnosti, ki so jima znane ali jima 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 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 ali odkloni plačilo stroškov operativnih posegov 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 zavarovanja. 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, predlaga zvišanje premije v sorazmerju z večjo nevarnostjo ali izloči iz kritja operativne posege, povezane 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 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

8. člen

1. Višino premije sporazumno določita ponudnik in zavarovalnica po podatkih v ponudbi, predvsem glede na zavarovalno vsoto in zavarovančevo starost.
2. V primeru prehoda zavarovanca v višji starostni razred se ob začetku novega zavarovalnega leta višina premije za naslednja zavarovalna leta uskladi z veljavnim cenikom, pri čemer se upošteva zavarovančevo dejanska starost ob začetku novega zavarovalnega leta.
3. Ne glede na določila prvega odstavka tega člena lahko zavarovalnica zaradi sprememb okoliščin, ki pomembno vplivajo na obveznosti ali poslovanje zavarovalnice, na primer spremembe stroškov zdravstvenih storitev ali z njim povezanih storitev, stroškov zdravlil ali medicinskih pripomočkov ali drugih sprememb ekonomskih okoliščin, spremeni cenike zavarovanja. S spremembo cenikov se spremeni tudi višina premije za naslednja zavarovalna leta glede na starostne razrede.
4. V primeru spremembe cenika zavarovalnica o spremembi premije zavarovalca pisno obvesti vsaj tri (3) mesece pred iztekom tekočega zavarovalnega leta. Če se zavarovalec s predlogom spremembe ne strinja, o čemer mora zavarovalnico obvestiti najpozneje dva (2) meseca pred iztekom tekočega zavarovalnega leta, zavarovanje preneha z iztekom tekočega zavarovalnega leta.
5. Plačevanje premije se izvaja skladno s splošnimi pogoji.
6. Če želi zavarovalec med trajanjem zavarovanja spremeniti zavarovalno vsoto, mora zavarovalnici oddati pisno zahtevo z navedbo razloga za spremembo. Zavarovalnica lahko v petnajstih (15) dneh od prejema pisne zahteve odkloni zahtevo po spremembi zavarovalne vsote, sicer se zahteva šteje za odobreno z datumom, ki je šestnajst (16) dni po prejemu pisne zahteve za spremembo. Odobrena sprememba je veljavna od začetka zavarovalnega leta, ki sledi datumu odobritve spremembe.

Posledice zaradi neplačila premije

9. 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 ne more z neplačilom zavarovalne premije enostransko prekiniti zavarovanja.

Uveljavljanje pravic iz zavarovanja

10. 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, potrebne zdravstvene dokumentacije in napotnice ali kopije potrjena elektronske napotnice, če je ta potrebna v skladu s temi posebnimi in v skladu s splošnimi pogoji, ter vseh dokazil, s katerimi lahko izkaže upravičenost do kritja stroškov operativnih posegov. Zavarovalnica ima pravico zahtevati tudi druga dokazila, potrebna za ugotavljanje pravice do koriščenja 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 dva (2) termina za izvedbo operativnega posega (v 10-dnevnem roku od odobritve zahtevka), naziv in naslov izvajalca storitve, kontaktne podatke in vrsto naročenega pregleda, vključno 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 operativnih posegov 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 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 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 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

11. 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.
5. Zavarovalnica lahko redno odpove zavarovanje ob izteku tekočega zavarovalnega leta, če je odpoved podana najmanj tri (3) mesece pred iztekom zavarovalnega leta.

Stroški storitev

12. člen

1. Višino stroškov operativnih posegov, ki jih zavarovalec zahteva posebej in ne izhajajo iz zavarovanja, določi zavarovalnica v ceniku, dostopnem na spletni strani zavarovalnice.

Končne določbe

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: S186404024; 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