

Splošne določbe

1. člen:

1. Posebni pogoji za zdravstveno zavarovanje Rehabilitacije (v nadaljnjem besedilu: posebni pogoji) so skupaj s prilogo Seznam rehabilitacijskih obravnav in postopkov 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 Rehabilitacije. Zdravstveno zavarovanje Rehabilitacije (v nadaljnjem besedilu: zavarovanje) je oblika zdravstvenega zavarovanja, ki omogoča zavarovanje za primer kritja stroškov rehabilitacijskih obravnav pri izvajalcu zdravstvenih storitev, 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 onеспособljeno osebo oziroma osebo, nezmožno za delo ali izobraževanje, da doseže najvišjo možno stopnjo zdravja in usposobljenosti glede na svoje možnosti.

Sklenitev zavarovanja

2. člen:

1. Osebe se zavarujejo skladno s splošnimi pogoji. Zavarovalnica se z zavarovalno pogodbo obvezuje, da bo ob zavarovalnem primeru v skladu z veljavnimi pogoji krila plačilo stroškov rehabilitacijskih obravnav.
2. Tega zavarovanja ni mogoče kapitalizirati, odkupiti, obnoviti oziroma zanj zahtevati predujem ali mirovanje.
3. 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. Zavarovanje velja eno leto.
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 3. 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 zavarovalno pogodbo ne bi sklenila ali je ne bi sklenila pod navedenimi pogoji.
5. V vsakem primeru se zavarovanje lahko nazadnje podaljša z začetkom tistega zavarovalnega leta, v katerem bo zavarovanec dopolnil 65. leto starosti.
6. Zavarovalnica o okoliščinah iz 4. odstavka tega člena zavarovalca obvesti vsaj tri (3) mesece pred iztekom tekočega zavarovalnega leta.
7. Zavarovanje preneha:
 - ob smrti zavarovanca;
 - ob koncu zavarovalnega leta, v katerem je zavarovanec dopolnil 65. leto starosti;
 - v primeru posledic neplačila zavarovalne premije;
 - če pogodbo odpove zavarovalnica ali zavarovalec;
 - v drugih primerih, določenih s temi pogoji ali zakonom.
8. Jamstvo zavarovalnice se začne najprej po dveh (2) mesecih od začetka zavarovanja (čakalna doba), razen za poškodbe, ki so nastale po začetku zavarovanja. Če je zavarovanec v zavarovalnem letu že izkoristil letno število rehabilitacijskih obravnav, zavarovanje do začetka naslednjega zavarovalnega leta nima zavarovalnega jamstva.
9. Ko zavarovanec v zavarovalnem letu izkoristi letno število pregledov, 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 obravnave s Seznama rehabilitacijskih obravnav in postopkov ter da bo zavarovalnica krila stroške obravnav v skladu z zavarovanjem in temi pogoji.
2. Zavarovanje krije stroške rehabilitacijskih obravnav le v primeru, da so te utemeljene. Utemeljenost 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.
3. Seznam rehabilitacijskih obravnav in postopkov, katerih plačilo stroškov krije zavarovanje in od katerih vsaka obravnava pomeni en zavarovalni primer, je priloga teh pogojev (Seznam rehabilitacijskih obravnav in postopkov) ter je dostopen tudi na spletni strani zavarovalnice. Zavarovalnica lahko Seznam rehabilitacijskih obravnav in postopkov med trajanjem zavarovanja razširi z dodatnimi obravnavamami in postopki z objavo na spletni strani zavarovalnice www.prva.si.

4. Upravičenec lahko v zavarovalnem letu izkoristi šest (6) rehabilitacijskih obravnav, pri čemer mora biti vsaka od obravnav utemeljena.
5. Zavarovalnica se obvezuje, da bo upravičencu omogočila začetek izvajanja rehabilitacijskih obravnav v največ desetih (10) delovnih dneh po dnevu odobritve zahtevka.
6. Zavarovanje ne krije stroškov rehabilitacijskih obravnav, ki niso vključene na Seznam rehabilitacijskih obravnav in postopkov, ter tistih, ki so vključene, vendar niso utemeljene.

Zdravstvena točka PRVA Zdravje

5. člen:

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

Omejitve in izključitve obveznosti zavarovalnice

6. člen:

1. Ko se novonastala 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.
2. 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 rehabilitacijskih obravnav v povezavi s predhodnimi stanji;
 - če zavarovanec uveljavlja pravice do rehabilitacijskih obravnav, ne da bi to vnaprej najavil zdravstveni točki PRVA Zdravje in dobil njeno odobritev;
 - za kritje stroškov rehabilitacijskih obravnav, ki nastanejo v povezavi s kroničnimi obolenji;
 - za kritje stroškov rehabilitacijskih obravnav, ki niso na Seznamu rehabilitacijskih obravnav in postopkov.
3. Zavarovanje ne krije stroškov:
 - medicinskotehničnih pripomočkov, zobnoprostetičnih 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;
 - fizioterije;
 - 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 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 obeh;
 - 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 rehabilitacijske obravnave, 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;
 - ponovnega zdraviliškega zdravljenja ali ponovne rehabilitacije obravnave po isti poškodbi;
 - 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;
 - rehabilitacijskih obravnav, katerih potreba je posledica neodgovornega ravnanja oziroma opustitve potrebnega ravnanja zavarovanca, ter če se zavarovanec ne drži navodil lečече zdravnika;
 - zdraviliškega zdravljenja.

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 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 zmolčal okoliščino, zaradi katere zavarovalnica ne bi sklenila zavarovanja, če bi bila seznanjena z resničnim stanjem, lahko zavarovalnica zahteva razveljavitev zavarovanja ali odkloni plačilo stroškov rehabilitacijskih obravnav 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 zmolčanje, 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

8. člen:

1. Višino premije sporazumno določita ponudnik in zavarovalnica po podatkih v ponudbi, predvsem glede na zavarovančovo 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 zavarovančeva dejanska starost ob začetku novega zavarovalnega leta.
3. 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.
4. Plačevanje premije se izvaja skladno s splošnimi pogoji.

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 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 dokazil, s katerimi lahko izkaže upravičenost do kritja stroškov rehabilitacijskih obravnav po delovnem nalogu. Zavarovalnica ima pravico zahtevati tudi druga dokazila, potrebna za ugotavljanje pravice do koriščenja posamezne rehabilitacijske obravnave.
3. Na podlagi odobritve zavarovančevega zahtevka zdravstvena točka PRVA Zdravje zavarovalcu na osebni elektronski naslov in na osebno številko mobilnega telefona pošlje sporočilo, v katerem odredi dva (2) termina za začetek rehabilitacijske 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 rehabilitacijskih obravnav.
5. Ko se zavarovanec dogovori za termin izvedbe rehabilitacijskih obravnav, se to upošteva kot napotilo za uveljavljanje pravice do rehabilitacijskih obravnav v soglasju z zavarovalnico.
6. Zavarovanec pravice do kritja rehabilitacijskih obravnav ne more uveljavljati pri izvajalcu rehabilitacijskih obravnav, ki ni med pogodbenimi izvajalci zavarovalnice.
7. Zavarovanec lahko dogovorjeni termin začetka izvedbe rehabilitacijskih obravnav 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 organizirano rehabilitacijsko obravnavo ali zavarovalni primer.
9. Če je v zavarovalni pogodbi dogovorjena soudeležba zavarovanca za opravljene rehabilitacijske obravnave, 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 obravnave.

Odpoved zavarovanja

11. člen:

1. Zavarovalec lahko odpove zavarovanje 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 jamstvo zavarovalnice.
4. V primeru odpovedi zavarovanja zavarovalnica že plačanih premij ne vrne.
5. Zavarovanje lahko odpove tudi zavarovalnica, vendar le v primerih, na način in pod pogoji, predpisanimi v Obligacijskem zakoniku.

Stroški storitev

12. člen:

Višino stroškov rehabilitacijskih storitev, 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. 9. 2020.

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: 13.100.000,00 EUR

Prva osebna zavarovalnica, d. d.
Fajfarjeva ulica 33
1000 Ljubljana
info@prva.si

080 88 08
www.prva.si