

Akcionarsko društvo za osiguranje „DDOR Novi Sad“
Novi Sad, Bulevar Mihajla Pupina br.8
Matični broj: 08194815
PIB: 101633677

Tel. + 381 21 48 86 000
Fax. + 381 21 66 24 831
E-mail: ddor@ddor.co.rs

INFORMACIJA ZA UGOVARAČA OSIGURANJA – OSIGURANIKA PRE ZAKLJUČENJA UGOVORA O OSIGURANJU

Akcionarsko društvo za osiguranje “DDOR Novi Sad” Novi Sad, Bulevar Mihajla Pupina br. 8. (u daljem tekstu: Osiguravač) kao osiguravač, u skladu sa čl. 82. - 84. Zakona o osiguranju (“Službeni glasnik RS” br. 139/2014) daje informacije za ugovarača osiguranja / osiguranika:

1. Podaci o osiguravaču

Osiguravač je Akcionarsko društvo za osiguranje „DDOR Novi Sad“, sa sedištem u Novom Sadu, Bulevar Mihajla Pupina br. 8, upisano u Registar privrednih subjekata kod Agencije za privredne registre Rešenjem broj BD 30620/2005, matični broj 08194815, PIB 101633677. Osiguravač je deo Unipol osiguravajuće grupe (Unipol corporate and insurance Group).

2. Uslovi osiguranja i pravo koje se primenjuje na ugovor o osiguranju

Uslovi osiguranja koji se primenjuju na ugovor o osiguranju navedeni su u priloženoj ponudi osiguranja/pristupnici za osiguranje/listu pokrića/polisi osiguranja i prilažu se kao njihov sastavni deo.

Na ugovor o osiguranju primenjuju se imperativne odredbe Zakona o obligacionim odnosima dok se dispozitivne odredbe primenjuju ukoliko pojedina pitanja na koje se odnose nisu drugačije regulisana uslovima osiguranja.

Na ugovor o osiguranju primenjuju se pozitivni propisi Republike Srbije.

3. Vreme važenja ugovora o osiguranju

Vreme važenja ugovora o osiguranju navedeno je u priloženoj ponudi osiguranja/pristupnici za osiguranje/listu pokrića/polisi osiguranja. Ugovor o osiguranju se može zaključiti kao:

- 1) kratkoročni, sa određenim rokom trajanja od jedne godine ili kraće
- 2) višegodišnji, sa određenim rokom trajanja koji ne može biti kraći od jedne godine
- 3) višegodišnji-dugoročno, sa neodređenim rokom trajanja koji ne može biti kraći od jedne godine

U listu pokrića/polisi osiguranja/uslovima osiguranja za pojedinu vrstu osiguranja određuje se vreme-dan i čas kada ugovor o osiguranju počinje da proizvodi pravno dejstvo.

Po pravilu, ugovor o osiguranju proizvodi pravno dejstvo (početak osiguravajućeg pokrića), ako se drugačije ne ugovori, po isteku 24 (dvadesetčetvrtog) časa dana koji je u listu pokrića/polisi osiguranja naveden kao početak osiguranja.

Ugovor o osiguranju (osiguravajuće pokriće) i obaveze osiguravača prestaju po isteku 24 (dvadesetčetvrtog) časa dana koji je u polisi naveden kao istek osiguranja. Ako polisa sadrži samo početak osiguranja, osiguravajuće pokriće se nastavlja iz godine u godinu, sve dok jedna ugovorna strana ne otkaže ugovor o osiguranju pisanim obaveštenjem upućenim drugoj ugovornoj strani, tri meseca pre dospelosti premije tj. tri meseca pre isteka tekuće godine trajanja osiguranja.

Kod putničkog zdravstvenog osiguranja sa asistencijom, ugovor o osiguranju se zaključuje sa određenim rokom trajanja do jedne godine ili kraće.

Osiguranje važi za jedno ili više putovanja u inostranstvo u toku ugovorenog perioda trajanja osiguranja. Ako se ugovara osiguranje sa više ulazaka u strane zemlje ovo osiguranje važi ukupno najviše za ugovoreni broj dana provedenog u inostranstvu u toku trajanja osiguranja koji je naveden u polisi.

Ako putovanje nije započeto, osiguranje se može ugovoriti sa početkom najranije u 00:00 sati narednog dana u odnosu na dan zaključenja osiguranja.

Ako je putovanje započeto, osiguranje se može ugovoriti sa početkom u 00:00 sati četvrtog dana u odnosu na dan zaključenja osiguranja.

Obaveza osiguravača počinje u trenutku kada osiguranik pređe državnu granicu Republike Srbije pri odlasku, ali ne pre dana početka osiguranja navedenog na polisi, a prestaje kada pređe državnu granicu Republike Srbije pri povratku.

4) Rizici pokriveni osiguranjem i isključenja u vezi sa tim rizicima

Rizici pokriveni osiguranjem i isključenja u vezi sa tim rizicima za koje se namerava zaključiti ugovor o osiguranju, su sastavni deo ove Informacije za ugovarača osiguranja - osiguranika (Prilog broj 1), navedeni su u ponudi osiguranja/pristupnici za osiguranje ili su priloženi kao njihov sastavni deo.

PUTNIČKIM ZDRAVSTVENIM OSIGURANJEM SA ASISTENCIJOM pokrivaju se:

- 1) troškovi neophodne medicinske pomoći i
- 2) troškovi prevoza osiguranika u zemlju

zbog iznenadne bolesti, nesrećnog slučaja ili smrti osiguranika za vreme boravka u inostranstvu (tj. stranim državama koje su navedene u polisi osiguranja za vreme putovanja i boravka u istima)

Ujedno, Putničko zdravstveno osiguranje sa asistencijom, pored gore navedenog pokriva obuhvata i sledeće vrste asistencije:

1. **medicinsku asistenciju** – usluge neophodne pomoći vezane za organizaciju lečenja osiguranika u inostranstvu zbog iznenadne bolesti ili posledica nezgode, sa uključenjem organizacije prevoza osiguranika do zemlje prebivališta zbog nastalog osiguranog slučaja,
2. **putnu asistenciju** - za slučaj gubitka ili kašnjenja prtljaga, krađe ili gubitka dokumenata, odnosno nezgode na putu i dr,
3. **pravnu asistenciju** - za slučaj nezgode za vreme boravka osiguranika na putu izvan zemlje prebivališta.

Kao **NEOPHODNA MEDICINSKA POMOĆ**, u smislu Uslova koji regulišu ovu vrstu osiguranja smatra se sledeće:

- 1) troškovi prvog pregleda osiguranika, odnosno troškovi neophodnih medicinskih metoda potrebnih za utvrđivanje radne dijagnoze, s tim da osiguranje ne pokriva troškove bolničkog lečenja hroničnih i drugih bolesti i njihovih komplikacija,
- 2) ambulantno lečenje;
- 3) lekovi i zavoji propisani od strane lekara,
- 4) sanitetski materijal koji je neophodan u toku lečenja preloma ili povrede ekstremiteta (pr. gips, zavoj) i pomagala za hodaње propisani od strane lekara;
- 5) radioterapija, termoterapija ili fototerapija i drugi slični tretmani propisani od strane lekara;
- 6) RTG dijagnostika;
- 7) lečenje u bolnici koja se nalazi u mestu boravka osiguranika ili u najbližoj odgovarajućoj bolnici;
- 8) troškovi prevoza od strane hitne službe do najbliže bolnice ili najbližeg lekara;
- 9) troškovi upućivanja u specijalizovane klinike, ako je to medicinski neophodno i propisano od lekara;
- 10) neodložne operacije zbog akutnih bolesti, uključujući operaciju i troškove vezane za nju;
- 11) stomatološke usluge, ali samo u cilju olakšavanja akutne zubobolje, do ugovorenog iznosa

U smislu Uslova koji regulišu ovu vrstu osiguranja **troškovi prevoza osiguranika u zemlju** koji obuhvataju:

- troškove prevoza **obolelog ili nastradalog** osiguranika, koji su prethodno odobreni od strane Osiguravača, ako se osiguranik iz zdravstvenih razloga ne može vratiti u zemlju na način kako je prvobitno nameravao, maksimalno do ugovorenog iznosa,

odnosno

- u slučaju **smrti** osiguranika, troškove organizacije i prevoza posmrtnih ostataka osiguranika u zemlju ili troškove sahrane u mestu smrti u inostranstvu, koji su prethodno odobreni od strane Osiguravača, maksimalno do ugovorenog iznosa. Osiguranje ne pokriva troškove sahrane u mestu prebivališta osiguranika

USLUGE POKRIVENE ASISTENCIJAMA POKRIVENIM OVIM OSIGURANJEM

1) Medicinska asistencija, obuhvata sledeće usluge:

1. pružanje informacije i pomoći 24 časa od strane dežurnog centra nadležne asistentske kompanije sa kojom Osiguravač ima potpisan ugovor;
2. organizaciju hitne zdravstvene pomoći;
3. organizaciju neophodnog prevoza osiguranika do bolnice ili klinike;
4. organizaciju neophodnog prevoza osiguranika u zemlju i
5. organizaciju prevoza posmrtnih ostataka osiguranika u zemlju.

2) Putna asistencija, obuhvata sledeće usluge:

1. informisanje o zemlji u koju se putuje;
2. razne savetodavne usluge u vezi hitnog putovanja;
3. obezbeđenje usluga prenosa poruka;
4. informisanje u slučaju gubitka ili kašnjenja prtljaga;
5. informacije u vezi rent-a-car usluga.

3) Pravna asistencija obuhvata:

1. organizovanje pravne pomoći, upućivanjem na advokata, kada je osiguraniku neophodna pravna zaštita za vreme boravka u inostranstvu - troškove advokatskog honorara plaća osiguranik;
2. upućivanje osiguranika na predstavnike lokalnih organa, ambasada i konzulate;
3. obezbeđenje usluga prevodioca - troškove prevoda plaća osiguranik;
4. administrativna pomoć u vezi ličnih i putnih isprava.

ISKLJUČENJA IZ POKRIĆA

Ovim osiguranjem isključena je obaveza Osiguravača za sledeće slučajeve:

1. hronične bolesti koje su postojale ili za koje se znalo u vreme zaključenja, odnosno početka osiguranja, čak i ako nisu bile lečene, za bolesti koje su lečene u poslednjih šest meseci pre početka osiguranja, kao i za moguće komplikacije ovih bolesti. Izuzetak čine slučajevi nepredviđenih hitnih medicinskih mera, koje se preduzimaju u cilju spašavanja života osiguranika.
2. za troškove koji prelaze uobičajene granice. Uobičajenim ili razumnim troškovima smatraće se oni troškovi medicinske nege koji ne prelaze opšti nivo troškova kod drugih sličnih boravaka na mestu gde su troškovi nastali, i to za sličnu ili uporedivu negu;
3. za troškove operativnog ili medicinskog tretmana koji se može bez rizika odložiti do planiranog povratka osiguranika u zemlju;
4. bolesti, nesrećne slučajeve ili smrt koje su posledica rata, nemira, pobuna terorističkih akcija i sličnih događaja ili aktivnog učestvovanja osiguranika u neredima;
5. bolesti, povrede ili smrt koje su posledica katastrofalnih, elementarnih i prirodnih nepogoda;
6. posledice namernog povređivanja, samoubistva ili pokušaja samoubistva;
7. osigurani slučaj koji nastupi kao posledica profesionalnog, amaterskog ili rekreativnog bavljenja opasnim (ekstremnim) sportovima, kao što su: karting, automobilske trke, ronjenje na velikim dubinama, ekstremno penjanje, alpinizam, zmajarenje, padobranstvo, paragliding, rafting, inlineskating, bungee jumping, skijanje na visinama iznad 3000 m, skijaški skokovi i skijaški letovi, i za sve ostale sportove koji se smatraju opasnim (ekstremnim) – X razred opasnosti;
8. bolesti i nesrećne slučajeve koje je osiguranik prouzrokovao namerno ili izvršenjem krivičnog dela ili su posledica pijanstva ili zavisnosti (alkohol, droga, lekovi i sl.);
9. otklanjanje fizičkih mana ili anomalija (kozmetičko-estetski tretman);
10. za troškove nastale u vezi sa odmorom ili oporavkom u banji ili klimatskom lečilištu, sanatorijumu, oporavilištu ili sličnim ustanovama;
11. psihoanalitički ili psihoterapijski tretman;

12. za troškove u vezi sa trudnoćom i porođajem, izuzev u slučaju ozbiljnih komplikacija koje ugrožavaju život majke, odnosno deteta, pod uslovom da je trudnica mlađa od 38 godina i da nije navršena 30. nedelja trudnoće;
13. medicinske kontrole tokom trudnoće ili samovoljni prekid trudnoće;
14. rehabilitaciju i fizioterapiju ili troškove protetičkog aparata;
15. smeštaj u jednokrevetnu sobu ili privatnu sobu u bolnici, osim ako je to prema mišljenju medicinskog tima neophodno;
16. u slučaju odbijanja osiguranika da se pridržava instrukcija medicinskog tima ili odbijanja prevoza u zemlju u vreme i na način koji odredi asistentska kompanija nakon obavljene konsultacije sa nadležnim lekarom ili medicinskom ustanovom koja leči osiguranika u zemlji gde je nastupio osigurani slučaj;
17. za troškove nabavke, popravke i korišćenja naočara, kontaktnih sočiva i protetičkih pomagala bilo koje vrste;
18. za troškove nabavke lekova koje nije prepisao nadležni lekar;
19. za troškove koji su u vezi sa posledicama sindroma AIDS-a ili bilo kog stanja ili oboljenja vezanog za sidu ili venerične bolesti;
20. za sve druge troškove koji nisu navedeni u ovim Uslovima.
21. sva druga isključenja predviđena Zakonom

SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE:

Ovima osiguranjem pokrivaju se osigurani slučajevi za lica do navršene 85. godine života i to:

- domaći državljani i
- strani državljani, pod uslovom da imaju prebivalište, odnosno dozvolu za privremeni boravak ili stalno nastanjenje u Republici Srbiji.

Putničko zdravstveno osiguranje, za strane državljane ne važi na teritoriji Republike Srbije, kao ni na teritoriji države čiji su državljani, odnosno u kojoj imaju prebivalište ili ostvaruju odgovarajuću zdravstvenu zaštitu.

5) Visina premije osiguranja, način plaćanja premije osiguranja, visina poreza i drugih troškova koji se obračunavaju pored premije osiguranja

Premija osiguranja utvrđuje se na osnovu poslovnih akata -Tarifa premija osiguravača kojom se definišu okolnosti i parametri rizika (težina rizika, obim pokrića, vrsta i predmet osiguranja, suma osiguranja, vrednost osiguranih stvari) koji se uzimaju u obzir prilikom obračuna premije osiguranja.

Visina premije osiguranja i način plaćanja premije navedeni su u priloženoj ponudi osiguranja/ pristupnici za osiguranja/listu pokrića/polisi osiguranja.

Premija osiguranja se plaća prilikom izdavanja polise, osim ako se ne ugovori drugačije. Ukupna premija osiguranja može se platiti u celosti ili u ugovorenim ratama.

Na obračunatu premiju neživotnih osiguranja plaća se porez od 5% u skladu sa Zakonom o porezu na premiju neživotnih osiguranja (Sl.glasnik RS br. 135/2004).

Ako ugovarač osiguranja ne plati ukupno obračunatu premiju ili njen deo u ugovorenom roku, osiguravač može, pored glavnice, da potražuje i zakonsku zateznu kamatu.

Ugovorom o osiguranju može se posebno ugovoriti devizna klauzula za definisanje sume osiguranja i premije osiguranja.

6) Pravo na raskid ugovora o osiguranju, uslovi za raskid odnosno pravo na odustanak od ugovora

Ako je osiguranje zaključeno na rok duži od pet godina svaka strana može, po isteku ovog roka, uz otkazni rok od šest meseci, pismeno izjaviti drugoj strani da raskida ugovor.

Ako rok trajanja osiguranja nije određen ugovorom, svaka strana može raskinuti ugovor s danom isteka tekuće godine osiguranja, obaveštavajući pismenim putem drugu ugovornu stranu, najkasnije tri meseca pre isteka tekuće godine osiguranja. U tom slučaju, ugovor o osiguranju prestaje istekom 24 (dvadestčetvrtog) časa poslednjeg dana tekuće godine osiguranja.

Ugovorom se ne može isključiti pravo svake strane da raskine ugovor kako je prethodno navedeno.

Ako ugovarač osiguranja-osiguranik premiju koje je dospela za naplatu ne plati po dospelosti, niti to učini bilo koje drugo zainteresovano lice, ugovor o osiguranju prestaje po isteku roka od 30 (trideset) dana od dana

kada je ugovaraču osiguranja-osiguraniku uručeno preporučeno pismo osiguravača sa obaveštenjem o dospelosti premije s tim da taj rok ne može isteći pre nego što protekne 30 (trideset) dana od dospelosti premije osiguranja na plaćanje.

U svakom slučaju, ugovor o osiguranju-polisa prestaje ako premija ne bude plaćena u roku od godinu dana od dana dospelosti premije osiguranja na plaćanje.

U slučaju putničkog zdravstvenog osiguranja sa asistencijom za vreme boravka u inostranstvu, osiguranik može odustati od putovanja (usled opravdanih razloga: bolest, ne dobijanje vize i dr).

Zahtev za raskid ugovora o osiguranju i povrat premije osiguranik treba da podnese pre početka putovanja. Izuzetak od prava na odustanak od ugovora između ostalog ima ugovor o osiguranju putnika ili prtljaga ili drugih ugovora o kratkoročnom osiguranju koji se zaključuju na period kraći od mesec dana.

Osiguranik nema pravo na povraćaj premije u slučaju da zahtev za povraćaj sredstava po osnovu putničkog zdravstvenog osiguranja dostavi osiguravaču: nakon završetka perioda osiguranja, ako je osiguranik barem jednom prešao granicu teritorije, ako je nastupio osigurani slučaj.

7) Rok u kome ponuda obavezuje društvo za osiguranje

Ugovor o osiguranju smatra se zaključenim kad ugovarači potpišu list pokrića ili polisu osiguranja.

Pismena ponuda učinjena Osiguravaču za zaključenje ugovora o osiguranju vezuje ponuđača, ako on nije odredio kraći rok, za vreme od osam dana od dana kad je ponuda prispela Osiguravaču. Ponuđač u tom roku ima pravo i na opoziv ponude.

Ako Osiguravač u tom roku ne odbije ponudu, koja ne odstupa od uslova pod kojima on vrši predloženo osiguranje, smatra se da je prihvatio ponudu i da je ugovor zaključen dana kada je ponuda prispela Osiguravaču.

Ako Osiguravač povodom primljene ponude, zatraži neku dopunu ili izmenu, kao dan prijema ponude smatraće se dan kad osiguravač primi traženu dopunu ili izmenu, odnosno kad bude obavešten o prihvatanju njegovih uslova.

8) Način podnošenje odštetnog zahteva, rok za podnošenje odštetnog zahteva, odnosno ostvarivanje prava po osnovu osiguranja

Prijava štete vrši se:

- dostavljanjem prijave u slobodnoj formi,
- popunjavanjem odgovarajućeg predštampanog obrasca u zavisnosti od vrste osiguranja i verifikovanjem istog od strane podnosioca prijave.

Podaci u prijavi pre svega obuhvataju osnovne podatke o ugovaraču osiguranja, osiguraniku, oštećenom, sa naznakom broja odgovarajuće polise, navedenim uzrokom i približnom visinom štete ukoliko se može iskazati pri prijavi štete.

a Odštetni zahtev se može podneti poštom, telegramom, telefaksom, elektronskom poštom ili neposredno u poslovnim prostorijama Osiguravača.

Odštetni zahtevi učinjeni usmeno i telefonom moraju se potvrditi pismeno.

Odštetni zahtevi dostavljeni u pismenoj formi moraju se overiti datumom o danu prijema.

Zaposleni zadužen za prijem odštetnih zahteva dužan je da podnosiocu prijave pruži neophodnu stručnu pomoć pri davanju odgovora na pitanja u odštetnom zahtevu i da mu saopšti način i vreme u kom može dobiti informacije o toku rešavanja štete.

Osiguranik je dužan, izuzev u slučaju osiguranja života, obavestiti Osiguravača o nastupanju osiguranog slučaja u roku od tri dana od kada je to saznao.

Ako on ne izvrši ovu svoju obavezu u određeno vreme, dužan je naknaditi Osiguravaču štetu koju bi ovaj zbog toga imao.

Kad se dogodi osigurani slučaj, Osiguravač je dužan isplatiti naknadu ili svotu određenu ugovorom u ugovorenom roku koji ne može biti duži od 14 dana, računajući od dana kada je Osiguravač dobio obaveštenje da se osigurani slučaj dogodio.

Ali ako je za utvrđivanje postojanja Osiguravačeve obaveze ili njenog iznosa potrebno izvesno vreme, ovaj rok počinje teći od dana kada je utvrđeno postojanje njegove obaveze i njen iznos. Ako iznos Osiguravačeve obaveze ne bude utvrđen u navedenom roku Osiguravač je dužan, na zahtev ovlašćenog lica, isplatiti iznos nespornog dela svoje obaveze na ime predujma.

Kod **obaveznog osiguranja u saobraćaju** Osiguravač je dužan da u roku od 14 dana od dana prijema odštetnog zahteva utvrdi osnov i visinu tog zahteva, da dostavi podnosiocu zahteva obrazloženu ponudu za naknadu štete i da isplati naknadu štete.

Ukoliko podneti odštetni zahtev nije potpun, Osiguravač je dužan da se u roku od 8 dana od dana prijema zahteva pismeno obrati podnosiocu zahteva i zatraži kompletiranje dokumentacije.

Izuzetno, ako u roku od 14 dana od dana prijema odštetnog zahteva nije moguće utvrditi osnov i visinu tog zahteva, Osiguravač je dužan da ih utvrdi u roku od 45 dana od dana prijema tog zahteva za štetu na stvarima, a u roku od 90 dana od dana prijema tog zahteva za štetu na licima i da dostavi podnosiocu zahteva obrazloženu ponudu za naknadu štete, a u daljem roku od 14 dana da isplati naknadu štete.

U slučaju kada je ponuđena visina naknade štete manja od potraživanja oštećenog lica, Osiguravač je dužan da oštećenom licu ponudi i izvrši isplatu nespornog dela svoje obaveze na ime predujma. Prihvatanje nespornog dela naknade štete ne utiče na pravo na potraživanje spornog dela naknade.

U slučaju kada Osiguravač oceni da nema osnova za naknadu štete o tome će pismeno, sa obrazloženjem, obavestiti podnosioca odštetnog zahteva, u roku od osam dana od utvrđivanja nepostojanja osnova, a saglasno navedenim rokovima za odlučivanje o odštetnom zahtevu.

Zastarelost potraživanja iz ugovora o osiguranju regulisana je odgovarajućim odredbama Zakona o obligacionim odnosima.

9) Način zaštite prava i interesa kod Osiguravača

Sva sporna pitanja u vezi sa ugovorom o osiguranju ugovorne strane rešavaju sporazumno

Ugovarač osiguranja, korisnik osiguranja i treća oštećena lica (u daljem tekstu : korisnik usluge osiguranja) može podneti prigovor Osiguravaču ako je nezadovoljan pružanjem usluga osiguravača, a naročito u vezi sa ugovorom o osiguranju.

Prigovor se Osiguravaču se može podneti zbog povrede prava ili interesa u vezi s radom tog Osiguravača, a naročito u vezi sa:

- postupanjem Osiguravača, odnosno lica koje za osiguravača obavlja poslove zastupanja u osiguranju;
- odlučivanjem Osiguravača u vezi sa ugovorom o osiguranju ili njegovim izvršavanjem

Korisnik usluge osiguranja može podneti prigovor u pismenoj formi – u poslovnim prostorijama ili preko internet prezentacije Osiguravača (www.ddor.rs), poštom, telefaksom ili elektronskom poštom (e -mailom) na adresu koja je namenjena za prijem prigovora:

Akcionarsko društvo za osiguranje „DDOR Novi Sad“

Novi Sad, Bulevar Mihajla Pupina br.8

Tel. + 381 21 48 86 000

Fax. + 381 21 66 24 831

E – mail: prigovoriklijenata@ddor.co.rs

Osiguravač će pismeni prigovor korisnika usluge osiguranja primiti u bilo kojoj poslovnoj prostoriji u kojoj nudi usluge i na njegov zahtev će izdati potvrdu o prijemu prigovora, s naznakom mesta i vremena prijema, kao i lica zaposlenog kod Osiguravača koji je prigovor primio.

Ako korisnik usluge osiguranja namerava da podnese prigovor usmeno, lice zaposleno kod Osiguravača će ga upozoriti da Osiguravač nije u obavezi da razmatra usmeni prigovor, i poučiti ga o načinu na koji se prigovor može podneti.

Ako je korisnik usluge osiguranja prigovor podneo preko internet prezentacije Osiguravača ili elektronskom poštom – Osiguravač će odmah potvrditi prijem prigovora.

Prigovor sadrži sledeće podatke i dokumentaciju:

- ime, prezime i adresu podnosioca prigovora ako je reč o fizičkom licu, odnosno poslovno ime i sedište pravnog lica i ime i prezime zakonskog zastupnika pravnog lica, odnosno ovlašćenog lica ako se prigovor podnosi u ime i za račun pravnog lica;
- razloge za prigovor i zahteve njegovog podnosioca;
- dokaze kojima se potkrepljuju navodi iz prigovora;
- datum podnošenja prigovora;

- potpis podnosioca prigovora, odnosno njegovog zastupnika ili punomoćnika, osim u slučaju da se prigovor podnosi u elektronskoj formi;
- punomoćje za zastupanje ako je prigovor podneo punomoćnik.

Osiguravač će podnosioca prigovora, na njegov zahtev, obavestiti o toku postupka po prigovoru.

Osiguravač će podnosiocu prigovora pismeno odgovoriti najkasnije u roku od 15 dana od dana prijema prigovora, uz obrazloženje i ocenu osnovanosti prigovora, obaveštenje o roku u kome će se otkloniti razlozi zbog kojih je prigovo uložen i merama koje će biti preduzete za njihovo otklanjanje.

Izuzetno, ako Osiguravač ne može da dostavi odgovor u roku od 15 dana od dana prijema prigovora iz razloga koji ne zavise od njegove volje, taj rok se može produžiti za najviše 15 dana, o čemu će Osiguravač pismeno obavesti korisnika usluge osiguranja u roku od 15 dana od dana prijema prigovora navodeći razloge zbog kojih nije moguće dostaviti odgovor u predviđenom roku kao i krajnji rok u kome će odgovor biti dostavljen.

Korisniku usluge osiguranja ima pravo da, ako nije zadovoljan odgovorom Osiguravača, podnese prigovor Narodnoj banci Srbije.

10) Naziv, sedište i adresa organa nadležnog za nadzor nad poslovanjem društva za osiguranje i način zaštite prava kod tog organa

Nadzor nad obavljanjem delatnosti osiguranja vrši:

Narodna banka Srbije
Kralja Petra 12, 11000 Beograd
Nemanjina 17, 11000 Beograd

Korisnik usluge osiguranja može na rad Osiguravača podneti prigovor Narodnoj banci Srbije

Korisnik usluge osiguranja može podneti prigovor Narodnoj banci Srbije ako se pre toga pismenim prigovorom obraćao Osiguravaču i nije bio zadovoljan njegovim odgovorom ili mu Osiguravač nije pismeno odgovorio na taj prigovor u propisanom roku.

Prigovor Narodnoj banci Srbije podnosi se u pismenoj formi, poštom ili elektronskom poštom (e-mailom) na adresu za prijem elektronske pošte Narodne banke Srbije označenoj na njenoj internet prezentaciji.

Korisnik usluge osiguranja uz prigovor upućen Narodnoj banci Srbije dostavlja i prigovor koji je dostavio osiguravaču, njegov odgovor (ako ga je dostavio) i dokumentaciju na osnovu koje se navodi iz prigovora Narodnoj banci Srbije mogu ceniti.

Korisnik usluge osiguranja može podneti prigovor Narodnoj banci Srbije u roku od šest meseci od dana prijema odgovora Osiguravača ili protoka roka za njegovo dostavljanje.

Ako korisnik usluge osiguranja dostavi prigovor Narodnoj banci Srbije, a da prethodno nije podneo prigovor osiguravaču – Narodna banka Srbije neće razmatrati navode iz tog prigovora, već će ga, odmah, a najkasnije u roku od 8 dana od dana prijema, proslediti Osiguravaču radi razmatranja i dostavljanja odgovora. Osiguravač je dužan da odgovor na prigovor upućen korisniku usluge osiguranja istovremeno dostavi i Narodnoj banci Srbije.

Ako je podnosilac prigovora nezadovoljan odgovorom Osiguravača ili mu taj odgovor nije dostavljen u propisanom, sporni odnos između korisnika usluge osiguranja i Osiguravača može se rešiti u vansudskom postupku – postupku posredovanja.

Nakon što se pokrene postupak posredovanja, korisnik ne može podneti prigovor Narodnoj banci Srbije, osim ako je ovaj postupak okončan obustavom ili odustankom.

Narodna banka Srbije sprovodi postupak posredovanja bez naknade, s tim što eventualne troškove koji mogu nastati u tom postupku strane snose same (troškovi putovanja, smeštaja, neplaćeno odsustvo s posla itd.).

11) Obrada i čuvanje ličnih podataka

Osiguravač kao rukovalac podataka, podatke o ličnosti prikuplja u svrhu zaključenja ugovora o osiguranju, a na osnovu dobrovoljno datog pristanka na obradu koju fizičko lice na koje se podaci odnose potvrđuje svojim potpisom.

Prikupljene podatke o ličnosti Osiguravač koristi na način koji omogućuje realizaciju svrhe navedene u prethodnom stavu, obezbeđujući zaštitu podataka o ličnosti svakom fizičkom licu, bez obzira na državljanstvo i prebivalište, rasu, godine života, pol, jezik, veroispovest, političko i drugo uverenje, nacionalnu pripadnost, socijalno poreklo i status, imovinsko stanje, rođenje, obrazovanje, društveni položaj ili druga lična svojstva. Pod obradom podataka o ličnosti se podrazumeva svaka radnja preduzeta u vezi sa podacima o ličnosti, kao što je prikupljanje, beleženje, prepisivanje, umnožavanje, pretraživanje, kopiranje, razvrstavanje, pohranjivanje, ukrštanje, objedinjavanje, menjanje, obezbeđivanje i korišćenje, bez obzira da li se vrši automatski, poluautomatski ili na drugi način.

Korisnici podataka o ličnosti su zaposleni kod Osiguravača, kao i treća lica koja po zakonu ili po prirodi posla moraju imati pristup prikupljenim podacima o ličnosti, odnosno kojima rukovalac na osnovu ugovora poverava određene poslove u vezi sa obradom.

Sve podatke o ličnosti Osiguravač, čuva, u skladu sa zakonom kao poslovnu tajnu i obrađuje, primenom svih raspoloživih personalnih, tehničkih i organizacionih mera zaštite.

Zbirke podataka koje Osiguravač, čuva i obrađuje, registruju se u Centralnom registru zbirki podataka u skladu sa zakonom.

Fizičko lice čiji se podaci obrađuju ima pravo na obaveštavanje o obradi njegovih podataka, pravo na uvid u podatke koji se na njega odnose, pravo na kopiju, kao i pravo da zahteva ispravku, dopunu, ažuriranje, brisanje podataka, kao i prekid i privremenu obustavu obrade. Zahtev za obaveštenje, uvid i kopiju lica čiji se podaci obrađuju može podneti u pismenom obliku ili usmeno, a zahtev za ostvarivanje prava povodom izvršenog uvida podnosi se u pismenom obliku.

Osiguravač će podnosioca zahteva istinito i potpuno obavestiti u pismenom obliku o svim pitanjima u vezi obrade podataka koji se na njega odnose, i to bez odlaganja, a najkasnije u roku od 15 dana od dana podnošenja zahteva, odnosno omogućiće licu da izvrši uvid u podatke, predaće kopiju, bez odlaganja, a najkasnije u roku od 30 dana od prijema zahteva.

Takođe, Osiguravač će bez odlaganja, a najkasnije u roku od 15 dana od dana podnošenja zahteva, odlučiti o zahtevu za ostvarivanje prava povodom izvršenog uvida (ispraviće ili dopuniti /ažurirati nepotpune ili obrisati netačne podatke o ličnosti, obrisće podatke ukoliko je obrada nedozvoljena) i o tome će obavesti podnosioca zahteva.

Lice čiji se podaci obrađuju može opozvati dati pristanak pismeno ili usmeno na zapisnik.

U slučaju povlačenja pristanka u pismenom obliku, Osiguravač će brisati podatke u roku od 15 dana od dana povlačenja pristanka.

U slučaju nedozvoljene obrade Osiguravač neće vršiti dalju obradu, a lice na koje se podaci odnose ima pravo da od Osiguravača zahteva brisanje podataka koji se na njega odnose, i to ukoliko:

- se obrada vrši u svrhu različitu od one za koju je određena,
- svrha obrade nije jasno određena, ako je izmenjena, nedozvoljena ili već ostvarena;
- je lice na koje se podaci odnose određeno ili određivo i nakon što se ostvari svrha obrade;
- je način obrade nedozvoljen;
- je podatak koji se obrađuje nepotreban ili nepodesan za ostvarenje svrhe obrade;
- su broj ili vrsta podataka koji se obrađuju nesrazmerni svrsi obrade;
- je podatak neistinit i nepotpun, odnosno kada nije zasnovan na verodostojnom izvoru ili je zastareo.

Podnosilac zahteva za ostvarivanje prava u vezi sa obradom može izjaviti žalbu Povereniku za informacije od javnog značaja i zaštitu podataka o ličnosti u roku od 15 dana od dana dostavljanja odluke kojom je zahtev za ostvarivanje prava odbijen ili odbacen.

Za dodatna pitanja obratiti se Osiguravaču na adresu:

Akcionarsko društvo za osiguranje „DDOR Novi Sad“ Novi Sad

Novi Sad, Bulevar Mihajla Pupina br.8

Tel. + 381 21 48 86 000

Fax. + 381 21 66 24 831

E mail.ddor@ddor.co.rs

NAPOMENA: Ovu Informaciju Osiguravač daje u skladu sa odredbama zakona kojima se uređuje obavljanje delatnosti osiguranja, zaštita potrošača, odnosno korisnika finansijskih usluga, kao i zaštita podataka o ličnosti.