

**INFORMACIJA ZA UGOVORAČA OSIGURANJA – OSIGURANIK A PRE
ZAKLJUČENJA UGOVORA O OSIGURANJU PAKETA PUTNOG OSIGURANJA**

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. i 84. Zakona o osiguranju (“Službeni glasnik RS” br. 139/2014) daje informacije za Ugovorača 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 italijanske osiguravajuće grupe UNIPOL Gruppo S.p.A.

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

Na ugovor o osiguranju paketa putnog osiguranja primenjuju se Uslovi za paket putnog osiguranja, doneti 14.07.2011. godine (u daljem tekstu: Uslovi) sa kojima imate pravo da se upoznate blagovremeno pre zaključenja ugovora osiguranja.

Na ugovor o osiguranju primenjuju se pozitivni pravni propisi Republike Srbije.

3. Vreme važenja ugovora o osiguranju

Ugovor o putnom osiguranju moguće je jedino zaključiti kao:

- kratkoročno osiguranje - sa tačno određenim brojem dana, odnosno perioda trajanja osiguranja, koji je naveden na polisi,
- godišnje osiguranje – sa trajanjem osiguranja godinu dana, za neograničeni broj putovanja u inostranstvo u toku godine osiguranja, s tim da svako pojedinačno putovanje može trajati najviše 45 dana od dana početka putovanja iz Republike Srbije. Ako putovanje traje više od 45 dana, Osiguravač ne pokriva osigurane slučajeve koji nastupe istekom ugovorenog roka trajanja pojedinačnog putovanja.

POČETAK I PRESTANAK OBAVEZE OSIGURAVAČA PO VRSTAMA OSIGURANJA KOJA SU OBUHAĆENA PAKETOM PUTNOG OSIGURANJA JE:

Putničko zdravstveno osiguranje u inostranstvu

Obaveza Osiguravača počinje u 00:00 sati onoga dana koji je u polisi naveden kao dan početka osiguranja, ali ne pre nego što Osiguranik pređe državnu granicu pri izlasku iz Republike Srbije, ako je do tada u celosti plaćena premija osiguranja.

Obaveza Osiguravača prestaje u 24:00 sata dana koji je u polisi naveden kao dan isteka osiguranja, odnosno u trenutku kada Osiguranik pređe državnu granicu pri povratku u Republiku Srbiju pre dana isteka osiguranja koji je naveden na polisi.

Izuzetno od prethodnog stava, ako bolest ili povreda koja je nastupila za vreme boravka Osiguranika u inostranstvu zahteva da se lečenje nastavi i posle isteka osiguranja koji je naveden u polisi, a prevoz u zemlju nije moguć zbog zdravstvenog stanja Osiguranika, obaveza Osiguravača prestaje nakon dva meseca računajući od dana nastanka osiguranog slučaja u inostranstvu, s tim da je Osiguranik obavezan da prihvati vreme i način prevoza koji odredi Osiguravač i asistentska kompanija uz konsultaciju sa nadležnim lekarom.

Osiguranje nezgode i osiguranje prtljaga

Obaveza Osiguravača počinje u 00:00 sati onog dana koji je na polisi naveden kao dan početka osiguranja, ali ne pre nego što putovanje započne, ako je do tada u celosti plaćena premija osiguranja.

Obaveza Osiguravača prestaje u 24:00 sata onog dana koji je na polisi naveden kao dan isteka osiguranja, odnosno kada se putovanje završi.

Osiguranje odgovornosti

Obaveza Osiguravača počinje u 00:00 sati onoga dana koji je u polisi naveden kao dan početka osiguranja, ali ne pre nego što Osiguranik pređe državnu granicu pri izlasku iz Republike Srbije, ako je do tada u celosti plaćena premija osiguranja.

Obaveza Osiguravača prestaje u 24:00 sata dana koji je u polisi naveden kao dan isteka osiguranja, odnosno u trenutku kada Osiguranik pređe državnu granicu pri povratku u Republiku Srbiju pre dana isteka osiguranja koji je naveden na polisi.

Osiguranje otkaza putovanja

Ukoliko je ugovor o putnom osiguranju zaključen nakon rezervacije putovanja, obaveza Osiguravača za osiguranje otkaza putovanja počinje u 24:00 sata onoga dana koji je u polisi naveden kao dan zaključenja ugovora o osiguranju, uz uslov da je premija plaćena.

Ukoliko je ugovor o putnom osiguranju zaključen nakon rezervacije putovanja, osiguravajuće pokrivaće za otkaz putovanja stupa na snagu nakon 10 dana od dana zaključenja osiguranja i uplate premije. Izuzetno, u slučaju otkaza putovanja zbog smrti ili nesrećnog slučaja sa teškim telesnim povredama, osiguravajuće pokrivaće stupa na snagu u 24:00 sata dana kada je zaključeno osiguranje.

Obaveza Osiguravača za osiguranje otkaza putovanja prestaje u trenutku polaska na putovanje.

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

PAKETOM PUTNIČKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA, već prema tome šta se ugovori, pruža se pokrivaće svojstveno sledećim vrstama osiguranja:

1. putničko zdravstveno osiguranje u inostranstvu,
2. osiguranje od posledica nesrećnog slučaja-nezgode (osiguranje nezgode),
3. osiguranje odgovornosti Osiguranika prema trećim licima (osiguranje odgovornosti),
4. osiguranje prtljaga,
5. osiguranje otkaza turističkog putovanja (osiguranje otkaza putovanja).

OSIGURANA LICA

Ovim osiguranjem mogu se osigurati lica do navršene 85. godine života, i to:

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

Za strane državljane putničko zdravstveno osiguranje ne važi u Republici Srbiji, kao ni na teritoriji države čiji su državljani, odnosno u kojoj imaju prebivalište ili ostvaruju odgovarajuću zdravstvenu zaštitu.

TERITORIJALNO VAŽENJE OSIGURANJA

Teritorijalno važenje osiguravajućeg pokrivaća po vrstama osiguranja koje čine paket putnog osiguranja, je sledeće:

1. putničko zdravstveno osiguranje i osiguranje odgovornosti - za domaće državljane izvan teritorije Republike Srbije, a za strane državljane izvan teritorije Republike Srbije i izvan teritorije države čiji su državljani, odnosno u kojoj imaju prebivalište ili ostvaruju odgovarajuću zdravstvenu zaštitu,
2. osiguranje nezgode i osiguranje prtljaga – za domaće državljane izvan mesta u kojem Osiguranik ima prebivalište, a za strane državljane izvan mesta gde ima dozvolu za privremeni boravak ili stalno nastanjenje u Republici Srbiji,
3. osiguranje otkaza putovanja - na teritoriji Republike Srbije.

PUTNIČKO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE U INOSTRANSTVU

Putničkim zdravstvenim osiguranjem nadoknađuju se:

1. neophodni troškovi lečenja i prevoza u slučaju iznenadne bolesti ili nezgode, koji su nastali za vreme putovanja i boravka Osiguranika u inostranstvu,
2. troškovi prevoza u slučaju smrti,
3. troškovi potrage i spašavanja,
4. troškovi usled neplaniranog kašnjenja (kašnjenja u voznom redu i propuštanje sledećeg zakazanog transporta usled snega, lančane saobraćajne nezgode, nenajavljenog iznenadnog presusmerenog saobraćaja i sl. i to:
 - troškove alternativnog prevoza u odnosu na prvobitno planirani i rezervisani od strane Osiguranika,
 - trošak noćenja sa doručkom najviše do ugovorenog iznosa po osobi, ako povratka Osiguranika u mesto prebivališta nije razuman ili fizički moguć s obzirom na nastavak putovanja i trošak taxi vozila do ukupno 50 km vožnje, ali samo ukoliko javni prevoz ne postoji u to vreme ili ga tamo nema uopšte.

Pored napred navedenog pokrivaće Putničko zdravstveno osiguranje u inostranstvu obuhvata i asistenciju, odnosno skup aktivnosti asistentske kompanije radi pružanja stručne pomoći Osiguraniku kada nastupi ugovoreni osigurani slučaj za vreme boravka u inostranstvu.

la) **Troškovima neophodnog lečenja** u slučaju iznenadne bolesti ili nezgode, smatraju se isključivo sledeći troškovi:

1. troškovi medicinskog tretmana bez prijema na lečenje u bolnicu tj. kliniku,
2. 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, koje su navedene u isključenjima uslova,
3. troškovi medicinskog tretmana uz prijem na lečenje u bolnicu tj. kliniku radi pružanja medicinskih usluga, ako klinika raspolaze dijagnostičkom i terapijskom opremom i radi po metodama koje su naučno priznate i klinički ispitane u državi privremenog boravka Osiguranika,
4. troškovi lekova i zavoja prepisanih od strane lekara,
5. troškovi sanitetskog materijala i pomagala koji su neophodni u toku lečenja preloma i povreda ekstremiteta (npr. gips, ortopedska pomagala, štake) prepisani od strane lekara,
6. troškovi za radioterapiju, termoterapiju ili fototerapiju i druge slične tretmane propisane od strane lekara uključujući dekompresijsku komoru,
7. troškovi RTG dijagnostike,
8. troškovi operacije zbog akutnih bolesti koje ne mogu biti odložene za kasnije, uključujući troškove u vezi sa operacijom,
9. troškovi hitne stomatološke intervencije, uključujući i vađenje zuba i jednostavne popravke prirodnih zuba ili proteza koji su potrebni za otklanjanje

akutne zubobolje, najviše do ugovorenog iznosa po događaju, ali ne i izradu veštačkih zuba ili krunica.

lb) **Troškovima neophodnog prevoza** u slučaju iznenadne bolesti ili nezgode Osiguranika u inostranstvu, smatraju se isključivo sledeći troškovi:

1. troškovi prevoza od strane hitne medicinske službe radi Osiguranikovog prihvata u najbližu bolnicu ili kod najbližeg raspoloživog lekara, uključujući i vazdušni medicinski prevoz,
2. troškovi prevoza tj. premeštaja u specijalističku kliniku ako to bude medicinski indikovano i propisano od strane lekara,
3. troškovi prevoza obolelog ili nastradalog Osiguranika koji su prethodno odobreni od strane Osiguravača, odnosno asistentske kompanije, ako se Osiguranik iz zdravstvenih razloga ne može vratiti u zemlju na način kako je prvobitno nameravao.

Pored gore navedenog nadoknađuju se i dodatni troškovi za pratioca Osiguranika, ukoliko je potrebna medicinska pratnja ili je ista propisana zakonom.

Ako Osiguranik nije državljanin Republike Srbije i želi biti repatriiran u svoju domovinu, Osiguravač će organizovati repatrijaciju i nadoknaditi troškove do limita koji odgovara trošku repatrijacije Osiguranika u Republiku Srbiju.

U slučaju boravka Osiguranika u bolnici dužem od 5 (pet) noći, Osiguravač će na zahtev Osiguranika nadoknaditi:

1. trošak povratnog putovanja iz Republike Srbije do mesta hospitalizacije Osiguranika za jednu osobu blisku Osiguraniku, ali bez nadoknade troškova smeštaja i ishrane, u organizaciji asistentske kompanije Osiguravača.
2. troškove noćenja i prevoza zbog izmene rezervacije za lice koje je sa Osiguranikom na putovanju u inostranstvu. Osiguravač plaća trošak smeštaja maksimalno do ugovorenog iznosa po noćenju, maksimalno za 7 (sedam) noćenja.

ll) **Troškovi prevoza u slučaju smrti Osiguranika**, obuhvataju troškove organizacije i prevoza posmrtnih ostataka Osiguranika u zemlju ili troškove sahrane u mestu gde je nastupila smrt Osiguranika u inostranstvu, do ugovorene sume osiguranja koja je navedena u polisi.

lll) Osiguravač, odnosno asistentska kompanija će nadoknaditi do ugovorene sume osiguranja navedene u polisi i **trošak potrage i spašavanja Osiguranika** tokom boravka u inostranstvu, uključujući i troškove vazdušne potrage tj. vazdušnog spašavanja helikopterom.

lV) **Pravna pomoć i asistencija 0-24h** obuhvata:

- pružanje pomoći i asistencije 24 časa, tokom boravka u inostranstvu po pozivu Osiguranika,
- pomoć u komunikaciji između banke i Osiguranika prilikom gubitka kreditnih kartica, čekova i sl vrednosnih papira, na način da će kontaktirati banku Osiguranika,
- pomoći oko procedure dobijanja novih putnih isprava, u slučaju gubitka putnih isprava,
- pomoć u slučaju pritvora Osiguranika, informativnih razgovora sa policijskim telima javnih vlasti ili drugog pravnog postupka nad Osiguranikom, na način da će mu omogućiti kontakt sa prevodiocem ili pravnim zastupnikom, kao i kontakt osobama za prikupljanje kaucije za puštanje iz pritvora. Polisom se nadoknađuje trošak prevodioca i trošak pravnog zastupnika (advokata) do iznosa koji su navedeni u polisi.

ISKLUČENJA / OGRANIČENJA POKRIĆA:

Osiguravač, odnosno asistentska kompanija osiguravača nije u obavezi da nadoknadi troškove nastale usled:

1. psihičkih oboljenja ili poremećaja i stanja depresije, psihoanalitičkih i psihoterapeutskih tretmana, bolesti nervnog sistema,
2. hroničnih bolesti i njihovih posledica koje su nastale i bile poznate na početku osiguranja, čak i ako nisu bile lečene, kao i bolesti i njihove posledice koje su bile lečene tokom zadnjih 12 meseci pre početka osiguranja, izuzev slučajeva nepredviđenih hitnih medicinskih mera, koje se preduzimaju u cilju spašavanja života Osiguranika,
3. srčanih oboljenja, moždanog udara, raka, dijabetesa (tip 1 i 2), migrene, epilepsije, multiple skleroze, izuzev slučajeva nepredviđenih hitnih medicinskih mera, koje se preduzimaju u cilju spašavanja života Osiguranika, dijalize, tretmana zbog transplantiranog organa,
4. polno prenosive bolesti, AIDS virusa,
5. namere ili krajnje (grube) nepažnje Osiguranika, odnosno lica koje za njega odgovara ako je reč o deci, samopovređivanja ili pokušaja samopovređivanja, rata, građanskog rat ili građanskih nemira tj. nereda u kojem je Osiguranik aktivno učestvovao, štrajkova, terorističkih akcija ili sabotaža, nezgode nastale pri izvršenju krivičnog dela ili prekršaja sa obeležjem nasilja

počinjenog od strane Osiguranika ili u kom delu, odnosno nasilju je Osiguranik aktivno učestvovao (npr. navijački neredi i izgređi),

8. aktivnosti koje izvršavaju državni organi po službenoj dužnosti,
9. nuklearnog ili jonizujućeg zračenja, radioaktivnih materija ili supstanci, bilo koje dejstvo radioaktivnog porekla,
10. posledica pijanstva ili zavisnosti (zloupotreba alkohola, droga, lekova) Osiguranika ako se on sam tj. svojevolejno doveo u to stanje, posledice nepridržavanja propisane lekarske terapije, predoziranje lekovima, korišćenje lekova koji Osiguraniku nisu propisani a nisu u slobodnoj prodaji već se izdaju na lekarski recept,
11. učestvovanja u auto-moto takmičenjima, treninzima i pripremama za njih,
12. medicinska stanja koja su postojala ili su bila očekivana pri zaključenju ugovora o osiguranju ili pre početka putovanja,
13. sve štete ili troškovi koji su posledica zemljotresa, epidemije, pandemije, zagađenja usled prirodnih katastrofa koje su bile poznate pre početka putovanja,
14. ako je putovanje započeto ili nije prekinuto suprotno upozorenjima, savetima za putovanje, tj važećim preporukama nadležnog Ministarstva spoljnih poslova Republike Srbije,
15. putovanja u terapijske svrhe, tretmana za mršavljenje, estetskog ulepšavanja i sl,
16. lekarskog pregleda, lečenja i nege koja nije posledica potrebne hitne medicinske pomoći ili nezgode,
17. 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,
18. medicinske kontrole tokom trudnoće ili samovoljni prekid trudnoće,
19. termalnog lečenja, radioterapije, fototerapije, helioterapije, kozmetičkih operacija i drugih estetskih zahvata,
20. trajnih ortopedskih pomagala, proteza, naočara i sl.,
21. obavljanja fizičkih aktivnosti u sklopu redovnog zanimanja, kao i vojnih aktivnosti, vežbi i sl,
22. rehabilitacije, terapije u banjama, sanatorijumu ili sličnim ustanovama, kasnijih kontrolnih pregleda,
23. nadstandarda koji pruža bolnički smeštaj (pr. privatni apartman u bolnici),
24. pri letenju zmajem ili vazdušnim jedrilicama, vazdušnim gliderima, balonom na topli vazduh,
25. bavljenja ekstremnim sportovima (skokova padobranom, bungee jumpinga, planinarenja ili alpinizma bez vodiča, ice climbing, bilo kakvih aktivnosti iznad 6.000 m nadmorske visine, sportske aktivnosti u brzim vodama, rafting, kitesurfing, skijaški skokovi). Skijanje i snowboard se ne smatraju ekstremnim sportovima.; rođenja ili podvodnog ribolova, bez odgovarajućeg ovlašćenja tj. položenog ispita,
26. upravljanja motornim vozilom za koje Osiguranik nema potrebnu dozvolu za upravljanje,
27. lečenja i nege koju pruža lekar koji je član porodice,
28. vakcinacije bilo koje vrste, dezinfekcije ili testiranja,
29. naknade zdravstvenih troškova za koje već postoji pravo na naknadu na osnovu nekog drugog ugovora ili prava (npr. obavezno zdravstveno osiguranje i sl),
30. nematerijalne štete,
31. sve druge troškove koji nisu navedeni u Uslovima.

Osiguravač nije u obavezi da nadoknadi troškove kašnjenja:

1. koje je rezultat uobičajene saobraćajne gužve, usled najavljene promene regulisanja saobraćaja ili zatvaranja nekih saobraćajnih pravaca,
2. usled vožnje putničkim automobilom bez plaćanja cene prevoza, ako pogrešno proceni vreme potrebno do dolaska na zakazani prevoz, usled zaustavljanja zbog saobraćajnog prekršaja od strane policije,
3. usled stečaja prevoznika,
4. najavljenog štrajka prevoznika, ili najavljene izmene reda vožnje prevoznika ili javnog prevoza,
5. usled terorističkih akcija.

Isključene su i sve obaveze Osiguravača ako je Osiguranik prilikom prijave nastanka osiguranog slučaja asistentskoj kompaniji Osiguravača dao neistinite podatke, prečuti važne informacije ili lažira dokumentaciju vezanu za prijavu ili nadoknadu štete.

OSIGURANJE OD POSLEDICA NESREĆNOG SLUČAJA - NEZGODE

U slučaju nesrećnog slučaja koji nastupi u toku putovanja i boravka Osiguranika u inostranstvu, a koji za posledicu ima smrt ili trajni gubitak opšte radne sposobnosti-invaliditet Osiguranika, korisniku osiguranja, Osiguravač će isplatiti ugovorenu osiguranu sumu ili njen deo.

ISKLUČENJA IZ POKRIĆA

Isključene su sve obaveze Osiguravača, ako je nesrećni slučaj nastao:

1. usled zemljotresa, prirodnih katastrofa i terorističkih akcija,
2. usled ratnih događaja u zemlji i aktivnog učešća Osiguranika u ratnim događajima izvan
3. granica zemlje,
4. usled aktivnog učešća u oružanim akcijama,
5. pri upravljanju vazdušnim aparatima svih vrsta, plovnim objektima, motornim i drugim vozilima bez propisane vrstbene isprave koja daje ovlašćenje vozaču za upravljanje i vožnju tom vrstom i tipom vazdušnog aparata, plovnog objekta, motornog i drugog vozila,
6. usled pokušaja ili izvršenja samoubistva Osiguranika iz bilo kog razloga,
7. usled toga što je Osiguranik namerno prouzrokovao nesrećni slučaj,
8. usled toga što je korisnik namerno prouzrokovao smrt Osiguranika, a ako je više korisnika isključen je samo onaj korisnik koji je namerno prouzrokovao smrt Osiguranika,
9. pri pripremanju, pokušaju ili izvršenju umišljajnog krivičnog dela, kao i pri begu posle takve radnje,
10. usled delovanja narkotičkih sredstava ili alkoholisanog stanja Osiguranika,
11. pri upravljanju i vožnji avionom i vazdušnim aparatima svih vrsta, kao i pri sportskim skokovima padobranom, osim u svojstvu putnika u javnom saobraćaju,
12. pri treningu i učešću Osiguranika u javnim sportskim takmičenjima u svojstvu registrovanog člana sportske organizacije i to: fudbala, hokeja na ledu, džiu-džica, džuda, karate, boksa, skijanja, ragbija, rvanja, skijaških skokova, alpinista i podvodnog ribolova kao i pri automobilskim, motociklističkim brzinskim trakama, motokrosu i pri treningu za njih.

Ujedno, ne smatraju se nesrećnim slučajem:

1. sve zarazne, profesionalne i ostale bolesti, kao i posledice psihičkih uticaja,
2. trbušne kile, kile na pupku, vodene i ostale kile, osim onih koje nastanu usled direktnog oštećenja trbušnog zida pod neposrednim delovanjem spoljašnje mehaničke sile na trbušni zid, ukoliko je nakon povrede utvrđena traumatska hernija kod koje je bolnički pored hernije utvrđena povreda mekih delova trbušnog zida u tom području,
3. infekcije i oboljenja koja nastanu usled raznih oblika alergija, rezanja ili kidanja žuljeva i drugih izraslina tvrde kože.
4. Infektivna oboljenja usled ujeda insekata
5. anafilaktički šok, osim ako nastupi pri lečenju zbog nastalog nesrećnog slučaja,
6. hernija disci intervertebralis, sve vrste lumbalgija, diskopatija, spondiloza, spondilolisteza, spondiloliza, sakralgija, miofascitisa, koccigodinjia, išijalgija, fibrozitisa, fascitisa i sve patoanatomske promene slabinsko-krstačne regije označene analognim terminima.
7. odlepljenje mrežnjače (ablatio retinae), ukoliko nije nastala kao direktna povreda prethodno zdravog oka, bolnički dijagnosticirana,
8. posledice koje nastanu kod Osiguranika usled delirijum tremensa i delovanja droga,
9. posledice medicinskih, naročito operativnih zahvata koji se preduzimaju radi lečenja ili preventivne radi sprečavanja bolesti, osim ako je do tih posledica došlo usled dokazane greške medicinskog osoblja (vitium artis),
10. patološke promene kostiju i patološke epifiziolize,
11. sistemne neuro muskularne bolesti i endokrine bolesti.

OSIGURANJE ODGOVORNOSTI PREMA TREĆIM LICIMA

Osiguranjem je pokrivena odgovornost Osiguranika kao fizičkog lica prema trećim licima za materijalne i nematerijalne štete koje prouzrokuje tokom trajanja putovanja u inostranstvu:

1. u svojstvu fizičkog lica u svakodnevnom životu, izvan obavljanja zanatske ili neke druge delatnosti kojom se privređuje,
2. iz posedovanja i upotrebe bicikla bez motora sa unutrašnjim sagorevanjem,
3. iz posedovanja i upotrebe plovila bez motornog pogona dužine do 4 metra,
4. iz amaterskog bavljenja sportom, osim lova, borilačkih i auto-moto sportova,
5. iz posedovanja vatrenog oružja za kojeg ima valjanu dozvolu i koje isključivo služi za odbranu,

Osiguranjem nije pokrivena:

1. odgovornost Osiguranika ili lica za koja on odgovara za namerno prouzrokovanu štetu, koje su nastale kao posledica svesnog postupanja protivno propisima ili pravilima,
2. odgovornost za štete iz držanja i upotrebe motornih vozila i drugih vozila na motorni pogon (traktora, motokultivatora, samohodnih radnih mašina) te letelica, i plovila (osim navedenih plovila u stavu 1 ovog člana),
3. šteta koju pretrpi Ugovarač osiguranja, Osiguranik, njegov supružnik i deca, i druga lica koja žive u zajedničkom domaćinstvu sa Osiguranikom i koja je dužan da izdržava,
4. šteta nastala profesionalnim bavljenjem nekim sportom, usled sportskog takmičenja,
5. šteta na tuđim stvarima koje je Osiguranik posudio, uzeo uzakup, podzakup, na čuvanje, na korišćenje, na prevoz,
6. ekološke štete usled zagađenja,

7. odgovornost za štete koje Osiguranik prouzrokuje pod uticajem alkohola ili opojnih sredstava, narkotika, lekova,
8. profesionalna odgovornost i odgovornost iz delatnosti Osiguranika,
9. odgovornost za štetu prčinjenu na teritoriji Republike Srbije,
10. troškovi kazni, penalna odušeta.

OSIGURANJE PRTLJAGA

Osiguranje pokriva gubitak, oštećenje ili uništenje prtljaga koji Osiguranik nosi sa sobom, predati prtljag, kao i stvari kupljene tokom putovanja u inostranstvo i to samo ako je pomenuti gubitak, oštećenje ili uništenje:

1. posledica krivičnog dela trećeg lica, pod uslovom da se događaj prijavi lokalnim organima javne vlasti (policiji) u roku od 24 časa
2. nastao dok je prtljag pod nadzorom lica kojem je prtljag predat na prevoz i čuvanje

Ujedno, Osiguravač će pokriti troškove nabavke zamenskog prtljaga (nužna odeća i osnovne higijenske potrepštine) do najviše 10% ugovorene sume osiguranja navedene u polisi, u slučaju da lični prtljag predat na prevoz ne stigne na određište putovanja duže od 12 sati od dolaska Osiguranika u određište.

Isključenja i ograničenja obaveze Osiguravača:

1. Nakit, video oprema, foto oprema i prenosivi personalni računar, ručni satovi, krzneni i kožni predmeti, mobilni telefoni i slični prenosivi komunikacioni uređaji, osigurani su samo ako ih Osiguranik nosi na sebi, odnosno sa sobom tako da ih treće lice ne može otuđiti bez savladavanja otpora, osim ako su navedeni predmeti smešteni u hotelski sef ili slično spremište u objektu koji pruža usluge smeštaja uz pismenu potvrdu o preuzetim stvarima.
2. Prtljag na, odnosno u parkiranom vozilu osiguran je od provalne krađe samo ukoliko se nalazi u zaključanom vozilu ili krovnom nosaču opreme čvrsto montiranom na vozilu i nadoknađuje se najviše do 50% ugovorene sume osiguranja.
3. Novac, vrednosni papiri, putne karte i dokumenti svih vrsta, kreditne kartice, umetnički predmeti ili zbirke veće vrednosti, muzički instrumenti, alati i inventar za obavljanje profesije, rezervni delovi za motorna vozila, software, oružje, medicinski uređaji nisu osigurani.
4. Troškovi nastali prema mobilnom operateru usled gubitka SIM kartice nisu pokriveni osiguranjem.
5. Sportska oprema osigurana je samo za vreme prevoza do i od određišta putovanja, te u turističkom smeštaju u zaključanoj prostoriji koja nije dostupna svim korisnicima smeštaja, ali ne i za vreme upotrebe.
6. Isključena je obaveza Osiguravača da naknadi štetu koja je nastala:
 - zbog namere, prevare ili grube nepažnje Osiguranika,
 - zbog nedovoljnog ili nepravilnog (neodgovarajućeg) pakovanja robe, njenog slaganja ili učvršćivanja prilikom transporta, odlaganja prtljaga u skladište, ako to radi Osiguranik,
 - usled obične krađe, zametanja predmeta iz prtljaga, zaboravljanja tj. ostavljanja u inostranstvu, neobajšnjivog gubitka, pada usled ispuštanja iz ruku,
 - zbog skrivenih mana, tj. nedostataka stvari, prirodne mane stvari,
 - usled ratnih rizika, delovanja organa javnih vlasti po službenoj dužnosti kao i zaplene od strane istih,
 - usled štete dok se prtljag nalazi u prevoznom sredstvu za koje se ne plaća prevoz (npr. privatno vlastito vozilo),
 - povezani troškovi i penali usled gubitka predmeta (npr. trošak izdavanja nove SIM kartice, tokena i sl).
7. Osiguravač je oslobođen obaveze isplate štete ako je Osiguranik namerno ili iz grube nepažnje prouzrokovao osigurani slučaj ili kada prilikom nastanka osiguranog slučaja, naročito u prijavi štete, namerno navede neistinite podatke.
8. Posebni troškovi specijalne dostave ili pronalaska izgubljenog prtljaga, troškovi taxi prevoza ili telefonski troškovi nastali usled gubitka prtljaga ili kašnjenja istog nisu pokriveni osiguranjem.

OSIGURANJE OTKAZA PUTOVANJA

Osiguravač će nadoknaditi finansijskih gubitak Osiguranika usled otkaza putovanja, I to Osiguraniku ili njemu bliskom licu, ako je otkaza putovanja posledica jednog od sledećih događaja:

1. smrti,
2. nesrećnog slučaja sa teškom telesnom povredom,
3. iznenadne akutne bolesti za koju je potrebno neodložno lečenje,
4. alergijske reakcije na obavezne vakcine koje je Osiguranik bio dužan da primi prema pozitivnim propisima zemlje u koju putuje,
5. trudnoća koja je potvrđena i poremećaji u trudnoći,
6. neočekivani, odnosno nenajavljeni prekid radnog odnosa od strane poslodavca, pod uslovom da nije reč o sporazumnoj raskidu ili vanrednom otkazu zbog povreda radnih obaveza,
7. poziv na služenje vojnog roka, poziv na vojnu vežbu

- šteta na imovini usled požara, elementarne nepogode proglašene od strane organa javne vlasti, kao i provalne krađe ili razbojništva ako je Osiguraničnikovo prisustvo potrebno prema zahtevu policiji ili drugog nadležnog organa (javne vlasti)
- poziv za svedoka ili člana porote u sudskim postupcima, ali samo kada zahtev za izuzeće nije prihvaćen od strane suda

Isključenja iz pokrivača:

- bolesti ili telesne povrede koje su izazvane pijanstvom, narkoticima ili lekovima, bilo da se radi o neprimeni propisane terapije, predoziranju lekovima i narkoticima, korišćenju lekova koji
- Osiguraničniku nisu propisani a nisu u slobodnoj prodaji već se izdaju na lekarski recept,
- manifestacija bolesti ili povrede koja je već postojala tj. bila izvesna da će nastupiti u trenutku sklapanju ugovora o osiguranju otkaza putovanja,
- poziva sa liste čekanja na planirane i prethodno zakaze operacije ili druge medicinske
- tretmane,
- sporijeg oporavka od očekivanog usled obavljenog medicinskog tretmana ili operacije,
- otkaza putovanja od strane organizatora putovanja,
- nesolventnosti, stečaja ili greške organizatora putovanja.
- Trošak nabavke viza, plaćanja obaveznih vakcina, bilo koji trošak dodatne usluge naplaćen od strane organizatora putovanja izvan paket aranžmana (rent a car, ulaznice i sl.) nije obuhvaćeno osiguranjem otkaza putovanja, osim administrativnih troškova organizatora putovanja usled otkaza putovanja.

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 pokrivača, vrsta i predmet osiguranja, suma osiguranja, vrednost osiguranih stvari) koji se uzimaju u obzir prilikom obračuna premije osiguranja.

Premija osiguranja sastoji se od:

- funkcionalne premije i
- režijskog dodatka.

Funkcionalna premija sastoji se iz tehničke premije (deo premije koji služi za pokrivanje šteta, popunjavanja rezervi i sl.) i doprinosa za preventivu. Režijski dodatak služi za pokrivanje troškova sprovođenja osiguranja.

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

Na obračunatu premiju neživotnih osiguranja plaća se porez od 5% u skladu sa Zakonom o porezu na premije neživotnih 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 Ugovorač osiguranja-Osiguraničnik 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 Ugovoraču osiguranja-Osiguraničniku 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.

7. Rok u kome ponuda obavezuje društvo za osiguranje

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

Kada nastane osigurani slučaj putnog zdravstvenog osiguranja, Osiguraničnik je obavezan da odmah pozove dežurni centar nadležne asistentske kompanije na broj telefona koji je odštampan na polisi ili drugom dokumentu u prilogu i prijavi podatke iz polise, razlog obraćanja i postupi u skladu sa dobijenim instrukcijama. Ako Osiguraničnik zbog zdravstvenog stanja nije u mogućnosti da odmah, a najkasnije u roku od 48 sati, kontaktira dežurni centar asistentske kompanije, dužan je da to učini nakon ukazivanja prve pomoći, odnosno kada mu to zdravstveno stanje dozvoli. Ovu obavezu, umesto Osiguraničnika, može da izvrši i drugo lice (srodnik, pratilac, saputnik, turistički vodič i dr).

Ako je neophodno bolničko lečenje, Osiguraničnik ili njegov pratilac je dužan da pre smeštaja u bolnicu kontaktira dežurni centar nadležne asistentske kompanije i postupi u skladu sa dobijenim instrukcijama. Ako Osiguraničnik zbog zdravstvenog stanja nije u mogućnosti da pozove dežurni centar, dužan je da prilikom prijema u zdravstvenu ustanovu nadležnom lekaru ili osoblju bolnice da na uvid polisnu osiguranja, koji će pozvati dežurni centar i prijaviti nastali slučaj.

Nakon prijave osiguranog slučaja dežurni centar asistentske kompanije, na osnovu prethodno pribavljenog odobrenja Osiguravača, daje saglasnost i dalje instrukcije u vezi lečenja i pokrivača troškova i obezbeđuje ugovorene usluge asistencije, u skladu sa Uslovima osiguranja.

Kada nastupi smrt Osiguraničnika, srodnik, pratilac, turistički vodič ili drugo lice - korisnik osiguranja, treba da kontaktira dežurni centar asistentske kompanije i prijavi nastali slučaj, koji će obezbediti organizaciju prevoza posmrtnih ostataka u zemlju ili sahranu Osiguraničnika u inostranstvu i pokriti troškove prevoza, odnosno sahrane, u skladu sa zaključenim ugovorom o osiguranju – polisom i Uslovima osiguranja

U slučaju refundacije prava iz osiguranja mogu se ostvariti podnošenjem odštetnog zahteva:

- u slobodnoj formi u pisanom obliku
- popunjavanjem odgovarajućeg obrasca Osiguravača u zavisnosti od vrste osiguranja i potpisivanjem istog od strane podnosioca prijave.

Odštetni zahtev treba da sadrži podatke o Ugovoraču osiguranja, Osiguraničniku, oštećenom, broj polise, uzrok nastanka osiguranog slučaja, približnu visinu naknade koja se potražuje ukoliko se može iskazati u trenutku podnošenja odštetnog zahteva.

Odštetni zahtev se može podneti:

- neposredno u bilo kojoj poslovnicu Osiguravača na teritoriji cele Srbije. Spisak poslovnica možete pronaći na sledećem linku www.ddor.rs/prodajna-mesta,
- telefonom pozivanjem korisničkog centra Osiguravača na broj 021 480 2222, besplatan poziv 0800 303 301.
- elektronskom poštom slanjem mejla na adresu: ddor@ddor.co.rs
- poštom (adrese poslovnica možete pronaći na sledećem linku www.ddor.rs/prodajna-mesta).

Odštetni zahtevi učinjeni usmeno i telefonom moraju se potvrditi pismeno. Na odštetni zahtev dostavljen u pismenoj formi Osiguravač će uneti datum kada je zaprimio.

Zaposleni kod Osiguravača zadužen za prijem odštetnih zahteva podnosiocu prijave će pružiti svu neophodnu stručnu pomoć pri davanju odgovora na pitanja u odštetnom zahtevu i saopštiti mu način i vreme u kom može dobiti informacije o toku rešavanja štete, ukoliko podnosilac prijave želi da ima saznanja o samom toku rešavanja.

Osiguraničnik je dužan, 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. Osiguravač isplaćuje osiguranu sumu, odnosno naknadu korisniku osiguranja u roku od 14 dana, od dana kada Osiguravač utvrdi svoju obavezu i visinu obaveze. Osiguravač je dužan da isplati osiguranu sumu, odnosno naknadu, samo ako je osigurani slučaj nastao za vreme trajanja osiguranja, pod uslovima predviđenim Polisom i uslovima osiguranja.

Potraživanja iz ugovora o osiguranju zastarevaju za tri godine računajući od prvog dana posle proteka kalendarske godine u kojoj je potraživanje nastalo. Ukoliko Osiguraničnik dokaže da do isteka pomenutog roka nije znao da se osigurani slučaj

dogodio, zastara počinje da teče od dana kada je za to saznao, s tim da u svakom slučaju potraživanje zastareva za pet godina počev od dana posle protoka kalendarske godine u kojoj je potraživanje nastalo.

9. Način zaštite prava i interesa kod Osiguravača

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

Ugovorač 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 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.

Korisnik 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

Odlukom o načinu zaštite prava i interesa korisnika usluga osiguranja („Službeni glasnik RS“, br. 55/2015) bliže je uređen način zaštite prava i interesa Osiguravnika, Ugovorača osiguranja, korisnika osiguranja i trećih oštećenih lica Srbije (korisnik usluge osiguranja), kao i način posredovanja u rešavanju odštetnih zahteva, podnošenja prigovora korisnika usluge osiguranja i postupanja po tom prigovoru.

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:

- 1) poštom na adresu Narodna banka Srbije-Sektor za zaštitu i edukaciju korisnika finansijskih usluga, Nemanjina 17, 11000 Beograd ili poštanski fax 712, 11000 Beograd
- 2) elektronski na adresu zastita.korisnika@nbs.rs

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 njegovu 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.).

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.