

**INFORMACIJA ZA UGOVORAČA OSIGURANJA – OSIGURANIKU PRE
ZAKLJUČENJA UGOVORA O PUTNIČKOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU
SA ASISTENCIJOM
(SREDSTVOM KOMUNIKACIJE NA DALJINU)**

Akcionarsko društvo za osiguranje „DDOR Novi Sad“ Novi Sad, Bulevar Mihajla Pupina br. 8, Novi Sad (u daljem tekstu: Osiguravač) kao Osiguravač, u skladu sa čl. 82. - 84. Zakona o osiguranju („Službeni glasnik RS“ br. 139/2014) i čl. 6 – 10. Zakona o zaštiti korisnika finansijskih usluga kod ugovaranja na daljinu („Službeni glasnik RS“ br. 44/2018) daje informacije za Ugovorača osiguranja / Osiguranika:

1. Podaci o Osiguravaču

Osiguravač je Akcionarsko društvo za osiguranje „DDOR Novi Sad“ Novi Sad, sa sedištem u Novom Sadu, Bulevar Mihajla Pupina br. 8, imejl adresa: ddor@ddor.co.rs, korisnički centar 0800 303 301, internet stranica: ddor.rs, upisano u Registar privrednih subjekata kod Agencije za privredne registre Rešenjem broj BD 30620/2005, matični broj 08194815, PIB 101633677. Osiguravač obavlja delatnost osiguranja, koju čine poslovi osiguranja (sve vrste životnih i neživotnih osiguranja) i saosiguranja. Dozvola za obavljanje delatnosti osiguranja je izdata od strane Narodne banke Srbije koja vrši i nadzor nad obavljanjem ove delatnosti. Osiguravač je deo italijanske osiguravajuće grupe UNIPOL Gruppo S.p.A.

Ukoliko ugovarač poruči puzecom ugovor o osiguranju, biće mu dostavljen na kućnu adresu putem kurirske službe: „City express“ d.o.o, sa sedištem u Surčinu (Beograd), Svetog Save 36, imejl adresa: info@cityexpress.rs

Troškove dostave snosi Osiguravač

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

Na ugovor o putničkom zdravstvenom osiguranju sa asistencijom primenjuju se Opšti uslovi za osiguranje putničkog zdravstvenog osiguranja za vreme boravka u inostranstvu, doneti 13.10.2017. godine (u daljem tekstu: Uslovi) sa kojima imate pravo da se upoznate blagovremeno pre zaključenja ugovora osiguranja.

Na ugovor o osiguranju primenjuju se pozitivno pravni propisi Republike Srbije koji regulišu oblast ugovaranja na daljinu.

Za rešavanje sporova iz zaključenog ugovora o osiguranju nadležan je stvarno nadležni sud prema sedištu/prebivalištu tuženog.

3. Vreme važenja ugovora o osiguranju

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.

Ugovor o osiguranju se zaključuje plaćanjem premije osiguranja.

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 putničkom zdravstvenom osiguranju sa asistencijom, navedeni su u ovoj tački.

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

2. 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, 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 hodanje 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

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:

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

2) Putna asistencija, obuhvata sledeće usluge:

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

3) Pravna asistencija obuhvata:

- organizovanje pravne pomoći, upućivanjem na advokata, kada je Osiguraniku neophodna pravna zaštita za vreme boravka u inostranstvu - troškove advokatskog honorara plaća Osiguranik;
- upućivanje Osiguranika na predstavnike lokalnih organa, ambasada i konzulate;
- obezbeđenje usluga prevodioca - troškove prevoda plaća Osiguranik;
- 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 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.

OGRANIČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

Isključene su sve obaveze Osiguravača ako je ugovarač osiguranja/osiguranik dao netačne podatke o putovanju ili u slučaju prevare ili zloupotrebe osiguranja.

U slučaju da ugovarač osiguranja, odnosno osiguranik ne prijavi sve okolnosti od značaja za zaključenje osiguranja i obračun premije ili ne plati uvećanu premiju u slučajevima kada je to predviđeno tarifom premija, a nastupi osigurani slučaj, obaveze Osiguravača se smanjuju u srazmeri između plaćene premije i premije koju je trebalo platiti prema stvarnom riziku.

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.

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

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.

Kada se ugovor o osiguranju zaključuje sredstvom komunikacije na daljinu ugovarač može u roku od 14 dana od dana zaključenja ugovora na daljinu, bez navođenja razloga da odustane od ugovora (osim kod ugovora o kratkoročnom osiguranju u trajanju do jednog meseca). Izjava o odustanku od ugovora dostavlja se na adresu: Akcionarsko društvo za osiguranje „DDOR Novi Sad“ „Železnička 5, 21000 Novi Sad, Direkcija za korisničke usluge i direktnu prodaju, ili u slučaju dostavljanja izjave o odustanku putem trajnon nosača podataka na adresu/imejl adresu ddor@ddor.co.rs. Ukoliko se ugovarač odluči da odustane od ugovora dužan je da Osiguravaču dostavi izjavu o odustanku u pismenoj formi ili na nekon drugom trajnom nosaču podataka. Izjava o odustanku se smatra blagovremenom ako je Osiguravaču otpremljena pre isteka roka od 14 dana. U slučaju odustanka, ugovor o osiguranju prestaje da važi u trenutku kada Osiguravač primi izjavu o odustanku. Osiguranik je dužan da Osiguravaču, srazmerno pruženoj usluzi do trenutka prijema izjave o odustanku, plati deo ukupne ugovorene naknade.

Ako Osiguravač ne postupa u skladu sa odredbama Zakona o zaštiti korisnika finansijskih usluga kod ugovaranja na daljinu, osiguranik može u svako doba jednostrano raskinuti ugovor o osiguranju zaključen sredstvom komunikacije na daljinu, bez plaćanja bilo kakvih troškova, naknada ili kazne. U ovom slučaju Osiguravač nema pravo na naknadu štete zbog raskida ugovora.

7. Rok u kome ponuda obavezuje društvo za osiguranje

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.

8. Postupak i način zaključivanja ugovora o osiguranju sredstvom komunikacije na daljinu

Postupak i način zaključivanja ugovora o osiguranju sredstvom komunikacije na daljinu je regulisan Zakonom o zaštiti potrošača i Zakonom o zaštiti korisnika finansijskih usluga kod ugovaranja na daljinu.

9. Način podnošenje odštetnog zahteva, rok za podnošenje odštetnog zahteva, odnosno ostvarivanje prava po osnovu osiguranja

Kada nastane osigurani slučaj Osiguranik 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 Osiguranik zbog zdravstvenog stanja nije u mogućnosti da odmah kontaktira dežurni centar asistentske kompanije, dužan je da to učini nakon ukazivanja prve pomoći, odnosno kada mu to zdravstveno stanje dozvoli. Ovu obavezu, umesto Osiguranika, može da izvrši i drugo lice (srodnik, pratilac, saputnik, turistički vodič i dr).

Ako je neophodno bolničko lečenje, Osiguranik ili njegov pratilac je dužan da pre smeštaja u bolnicu kontaktira dežurni centar nadležne asistentske kompanije i postupi u skladu sa dobijenim instrukcijama. Ako Osiguranik 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 polisu 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 Osiguranika, 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

Osigurani u inostranstvu i pokriveni troškove prevoza, odnosno sahrane, u skladu sa zaključenim ugovorom o osiguranju – polisom i Uslovima osiguranja

U slučaju refundacije troškova lečenja Osiguranik, odnosno korisnik osiguranja je obavezan da zahtev za naknadu troškova (refundaciju) podnese u roku od mesec dana od dana završetka lečenja ili prevoza, odnosno povratka u zemlju, a u slučaju smrti posle prevoza posmrtnih ostataka, odnosno sahrane Osiguranika.

Radi ostvarivanja prava iz osiguranja Osiguranik, odnosno korisnik osiguranja je obavezan da Osiguravaču dostavi sledeću dokaznu dokumentaciju:

1. polisu osiguranja;
2. fotokopiju pasoša, sa dokazom o periodu boravka u državi gde je nastao osigurani slučaj;
3. zapisnik policije ili zvanični izveštaj o nesrećnom slučaju;
4. originalnu medicinsku dokumentaciju;
5. originalni račun za medicinske usluge;
6. originalni račun za lekove;
7. originalni račun za stomatološke usluge;
8. originalni račun za putne troškove povratka Osiguranika u zemlju i izveštaj lekara sa dijagnozom bolesti – povrede;
9. originalni račun za troškove prevoza posmrtnih ostataka Osiguranika ili sahrane u mestu smrti Osiguranika i izveštaj lekara o uzroku smrti-smrtonovnicu;
10. kontakt telefon Osiguranika/korisnika osiguranja;
11. drugu dokumentaciju na zahtev Osiguravača, koja je neophodna za utvrđivanje postojanja i visine njegove obaveze.

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 Ugovaraču osiguranja, Osiguraniku, 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.

Osiguranik 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 Osiguranik 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 proteka kalendarske godine u kojoj je potraživanje nastalo.

10. 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.

Osiguravač kao pružalac finansijskih usluga, na osnovu Zakona o osiguranju i njegovih podzakonskih akata, obrazuje dovoljna sredstva, u vidu tehničkih rezervi, kojima obezbeđuje pokriće svih obaveza iz ugovora o pružanju usluga (osiguranja). Takođe, radi trajnog izvršavanja obaveza i podnošenja rizika poslovanja, formira i garantnu rezervu na način propisan Zakonom o osiguranju.

11. 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 Osiguranika, 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 ili
- 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 proteka 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.).

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.