

**INFORMACIJA ZA UGOVORAČA OSIGURANJA – OSIGURANIK A PRE  
ZAKLJUČENJA UGOVORA KOLEKTIVNOG DOBROVOLJNOG  
ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA VANBOLNIČKOG LEČENJA**

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 UNIPOLSAI S.P.A.

**Broj telefona za korisnike usluga:** +381 21 4886 000

**E-mail adresa:** [ddor@ddor.co.rs](mailto:ddor@ddor.co.rs)

**Internet adresa:** [www.ddor.co.rs](http://www.ddor.co.rs)

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

Uslovi osiguranja koji se primenjuju na ugovor kolektivnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja vanbolničkog lečenja su:

- Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje, doneti 10. 04. 2020. godine (u daljem tekstu: Opšti uslovi);
- Posebni uslovi za kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje vanbolničkog lečenja, doneti 10.04.2020. godine (u daljem tekstu: Posebni 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**

Kod dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, osiguranje se ugovara kratkoročno na period koji ne može biti kraći od 12 meseci, dugoročno ili višegodišnje, osim ako propisima o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju nije drukčije uređeno, kao i u slučaju kada svojstvo obavezno osiguranog lica traje kraći period u skladu sa propisima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Obaveza osiguravača počinje istekom 24.00-tog sata dana koji je u polisi osiguranja, naveden kao početak osiguranja, pod uslovom da je plaćena celokupna premija, ili rata premije.

Ako celokupna ili prva rata ugovorene premije nije plaćena do dana koji je u polisi osiguranja označen kao početak osiguranja, obaveza osiguravača počinje istekom 24.00-tog sata dana kada je prva ugovorena premija plaćena u celosti.

Ako je ugovoren period čekanja (karenca), obaveza osiguravača počinje istekom 24.00-tog sata dana nakon isteka karence pod uslovom da je plaćena premija.

Obaveza osiguravača prestaje istekom 24.00-tog sata dana koji je u polisi osiguranja označen kao dan isteka osiguranja.

Osiguravač neće nadoknaditi troškove koji nastanu usled medicinskog tretmana ili lečenja nastalog nakon isteka obaveze osiguravača, bez obzira da li je lečenje započeto u periodu trajanja ugovora o osiguranju.

Osiguranje prestaje za svako osigurano lice, bez obzira na ugovoreno trajanje osiguranja, u slučajevima kada:

1. nastupi smrt osiguranika - danom njegove smrti;
2. osiguranik izgubi status obavezno osiguranog lica – danom gubitka statusa;
3. osiguraniku prestane radni odnos ili članstvo kod ugovarača, koje je bilo osnov za sticanje svojstva osiguranog lica, kod kolektivnog osiguranja;
4. nastupe drugi slučajevi definisani Opštim uslovima;

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

Osnovno osiguravajuće pokriva, obuhvata pokriva troškova vanbolničkog lečenja, predviđenih izabranim paketom osiguranja.

Pored osnovnog osiguravajućeg pokriva samo ako je posebno ugovoreno i plaćena dodatna premija, osiguranim slučajem se smatraju i troškovi medicinski opravdanog tretmana, odnosno lečenja za dopunska osiguravajuća pokriva koja mogu biti ugovorena kao pokriva troškova:

- sistematskih pregleda,

- oftalmoloških usluga,
- stomatoloških usluga,
- fizikalne terapije,
- lekova na recept.

**SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE**

Ovim osiguranjem mogu se osigurati lica koja imaju svojstvo osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju, u skladu sa propisima koji uređuju obavezno zdravstveno osiguranje, kao i fizičko lice koje nije uključeno u obavezno zdravstveno osiguranje prema zakonskim propisima u Republici Srbiji a koje je lice u radnom odnosu sa ugovaračem u smislu propisa države u kojoj ugovarač osiguranja ima sedište, član porodice zaposlenog, član ugovarača osiguranja ili korisnik usluga ugovarača osiguranja, a koje po osnovu zaključenog ugovora o osiguranju ima pravo na nadoknadu troškova lečenja

Lica koja predstavljaju uvećani rizik zbog zdravstvenog statusa, odnosno pristupne starosti osiguravaju se uz naplatu povećane premije.

**ISKLJUČENJA IZ OSIGURANJA:**

Isključena je obaveza osiguravača za nadoknadu troškova preventivnih programa vakcinacija, imunoprofilaksa i hemoprofilaksa koji su obavezni prema programu imunizacija stanovništva protiv određenih vrsta zaraznih bolesti u Republici Srbiji.

Isključena je obaveza osiguravača za nadoknadu troškova lečenja nastalih kao posledica ili u vezi sa:

1. Reproktivnim tretmanom i to: za sprečavanje začeća za muškarce i žene (kontracepcija i njene posledice); vazektomije i sterilizacije i postupak vraćanja u prvobitno stanje; seksualne disfunkcije; abortus i njegove posledice – ako je izvršen iz psiholoških ili socijalnih razloga, izuzev abortusa u hitnim medicinskim slučajevima, odnosno iz medicinskih razloga kao što su: strukturalna, odnosno hromozomska oštećenja ploda, zdravstvena stanja koja ugrožavaju život majke, spontani abortus i medicinski indikovani abortus; kompletna dijagnostika u cilju utvrđivanja neplodnosti, celokupna priprema za vantelesnu oplodnju, lekovi u postupku vantelesne oplodnje, drugi vidovi lečenja neplodnosti (infertiliteta i steriliteta) i sve metode vantelesne oplodnje; hirurški zahvat promene pola; lečenje viagrom ili generičkom zamenom;
2. Medicinskim tretmanom ili lečenjem koje je započeto pre početka osiguranja;
3. Medicinskim tretmanom ili lečenjem u bolnici, bolničko lečenje;
4. Smeštaj osiguranog lica u ustanovama stacionarnog tipa kao što su: dnevne bolnice; ustanove za odvikavanje od bolesti zavisnosti; duševne bolnice; stacionarne zdravstvene ustanove specijalizovane za rehabilitaciju (banje); hidroklonike; sanatorijumi; domovi za negu bolesnika; starački domovi, odnosno gerijatrijske ustanove; lečilišta, centri za odmor, mršavljenje i oporavak; banje; drugi objekti za dugoročnu negu, koji se ne smatraju bolnicama
5. Operacijom kuka sa ugradnjom endoproteze i operacija kolena sa ugradnjom endoproteze;
6. Lečenjem gljivičnih oboljenja noktiju na šakama i stopalima, kao i pregledi i lečenje infekcija uraslih noktiju i zanoktica;
7. PRP tretmanom krvnom plazmom;
8. Pregledom lekara opšte medicini i specijaliste u cilju izdavanja potvrda za vrtić, rekreativnu nastavu, vozačku dozvolu, put u inostranstvo, vizu i ostale administrativne potrebe;
9. Svim preventivnim i screening pregledima i dijagnostičkim procedurama indikovanim starosnim dobom, pozitivnom porodičnom anamnezom ili na lični zahtev osiguranika, bez obzira na medicinsku indicaciju;
10. Ispitivanjem funkcije autonomnog nervnog sistema, sinkopa test;
11. Pregledi i usluge psihijatra (neuropsihijatra), logopeda i defektologa,
12. Lečenjem astigmatizma i strabizma, miopije, hipermetropije i presbiopije uključujući hirurški zahvat radikalne keratotomije;
13. Operacijom katarakte;
14. Laserskim tretmanom korekcije vida;
15. Hirurškim zahvatima transplantacije organa i tkiva, bez obzira da li je osiguranik primalac ili donor;
16. Hirurškim zahvatima po ličnoj želji, implantatima i korektivnim medicinsko – tehničkim pomagalicama i to: koji služe u estetske svrhe, bilo da je iz psiholoških razloga ili ne, uključujući i stomatološke estetske tretmane, kao i posledice istih, izuzev implantata kod totalne mastektomije; hirurški zahvati i procedure po ličnoj želji, tretman i/ili hirurški zahvat koji nije medicinski neophodan; uklanjanje mladeža po ličnoj želji; cirkumcizija (obrezivanje) – ako nije medicinski indikovana
17. Nabavkom slušnih aparata;

18. Korišćenjem kapaciteta hitne službe pružaoca zdravstvene usluge za slučajeve koji nisu hitan medicinski slučaj;
19. Ambijentalnom terapijom radi odmora i/ili posmatranja;
20. Terapijskim postupcima odvikavanja od bolesti zavisnosti bilo koje vrste;
21. Uslugama ili tretmanima u okviru bolničkog lečenja u svim objektima za dugoročnu negu, hidroklirikama, stacionarnim zdravstvenim ustanovama specijalizovanim za rehabilitaciju (banje), sanatorijumima ili domovima za stare (gerijatrijske ustanove) koji se ne smatraju bolnicama;
22. Svim troškovima krioprezervacije i implantacije ili reimplantacije živih ćelija;
23. Nabavkom ortopedskih cipela, ortopedskih uložaka ili drugih pomagala za potporu stopala kao što su: potpora za tabane i ortotička pomagala i materijali, sva pomagala koja proističu iz dijagnoze slabih, prenapregnutih, nestabilnih ili ravnih tabana ili spuštenih tabana ili tarzalije ili metatarzalije;
24. Svim troškovima u vezi sa konkretnim promenama na stopalima kao što su: žuljevi, kurje oči i hiperkeratozaili čukljevi;
25. Tretmanom smanjenja telesne mase ili programom smanjenja telesne mase, operacijom ugradnje gastričnog balona, operativnim procedurama u okviru barijatrijske hirurgije (restriktivne, malapsorptivne i kombinovane), medikamentima u terapiji gojaznosti, zamenama za masti, nutricionističkim savetima, obukom u vezi sa ishranom i bilo kojim oblikom psihičke podrške u cilju mršavljenja;
26. Tretmanima za podmlađivanje;
27. Tretmanima u slanoj sobi;
28. Terapijom bola;
29. Pregledima, analizama i obukom u vezi sa ishranom, nutricionističkim savetima;
30. Svim vrstama masaže;
31. Terapijama vežbanjem, izuzev kineziterapije, bez obzira da li ih je propisao ovlašćeni lekar;
32. Dugotrajnom rehabilitacionom terapijom (koja traje duže od mesec dana), bez obzira da li ju je propisao ovlašćeni lekar;
33. Nadoknadama za lečenje koja pružaju lica koja nemaju dozvolu za obavljanje zdravstvene delatnosti;
34. Uslugama, preparatima i sredstvima koje nije propisao ovlašćeni lekar i koji nisu namenjeni lečenju osiguranog lica;
35. Zdravstvenim uslugama bez odobrenja ovlašćenog lekara osiguranog lica, izuzev kada se radi o tretmanu u hitnim medicinskim slučajevima kada je ovlašćeni lekar osiguranog lica u potpunosti informisan o tretmanu pa može da podrži odštetni zahtev;
36. Eksperimentalnim medicinskim tretmanom koji podrazumeva: tretman koji nije naučno ili medicinski priznat;
37. Proučavanjem sna, kao i dijagnostikom i drugim tretmanima u vezi sa zastojeom disanja u snu;
38. Ostalim troškovima koji podrazumevaju: sve troškove koji su iznad standardnih i uobičajenih troškova u smislu Posebnih uslova; sve troškove za dodatna osiguravajuća pokrivanja koja nisu ugovorena i za koje nije plaćena dodatna premija; troškove kupovine predmeta za ličnu negu tokom boravka u bolnici; troškove lekova na recept kao što su vitamini, biološki lekovi, imunološki lekovi, lekovi za naprednu terapiju, lekovi iz krvi i krvne plazme, radiofarmaceutici, biljni lekovi, tradicionalni lekovi i tradicionalni biljni lekovi, veterinarski lekovi, lekovite trave, lekovi za prehladu, lekovi u esperimentalnoj i istraživačkoj fazi, kao i svi ostali lekovi koji se mogu kupiti bez recepta i ako ih preporučiti, tj. propiše ovlašćeni lekar, lekovi i mineralna voda, medicinska vina, hranjivi preparati i sredstva za jačanje imuniteta, okrepljujuća sredstva, kozmetička sredstva, sredstva za ličnu negu i neregistrovani lekovi, preparati; troškove inovativnog, odnosno originalnog leka na recept kada postoji i generička zamena, osim ako je lekar naznačio da je neophodan naznačeni lek; troškove nastale zato što je bolnica praktično postala ili bi mogla da se tretira kao dom ili stalno boravište osiguranog lica; sve nemedicinske troškove; troškove u vezi sa medicinskim tretmanom nastale nakon datuma isteka polise osiguranja, a koji su rezultat nezgoda, bolesti ili trudnoće u toku osiguravajuće godine, izuzev ako je polisa osiguranja obnovljena, ili ako su troškovi nastali u vezi sa medicinskim opravdanim tretmanom kod lica sa osiguranjem u kontinuitetu, isključujući propisane lekove u terapijskim dozama u količini dozvoljenih zaliha za šezdeset (60) dana, a propisanih u toku osiguravajuće godine i ako je ovo pokriveno ugovoreno; uputstva za upotrebu i održavanje trajne medicinske opreme; prilagođavanje vozila, kupatila ili objekta za stanovanje ličnim potrebama; troškove svih medicinsko tehničkih pomagala koja se izdaju bez naloga, indikacije i izveštaja ovlašćenog lekara; medicinsko-tehnička pomagala iz grupe ostalih pomoćnih pomagala i sanitarne sprave za korišćenje u vanbolničkim uslovima i u trajne svrhe kao što su: insulinske pumpe, motorna

- invalidska kolica ili krevet, bolnički krevet sa trapezom, dodatni točkovi, sobna dizalica, antidekubitus dušeci, pojasevi, predmeti za povećanje udobnosti (kao što su držači telefona i stolovi koji se postavljaju preko kreveta), predmeti koji se koriste za promenu kvaliteta vazduha ili temperature (kao što su klima uređaji, ovlaživači, isušivači i prečišćivači vazduha), materijali za jednokratnu upotrebu, sobni bicikli, sunčane ili toplotne lampe, jastučići za grejanje, bidei, sedišta za toalet, sedišta za kadu, saune, liftovi, đakuzi, oprema za vežbanje i slični predmeti;
39. Tretmanom malokluzivnog ili temporomandibularnog oboljenja zglobova, pregledima i lečenjem stanja poremećene okluzije;
  40. Bolničkim lečenjem u zdravstvenoj ustanovi, bolnicama, odeljenju ili sličnoj stacionarnoj ustanovi za mentalno zdravlje.

Ujedno, Isključene su sve obaveze osiguravača:

1. ako je osigurani slučaj nastao pre prvog uključivanja u osiguranje i traje u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju po kojem je osigurano lice steklo svojstvo osiguranog lica ili ukoliko osigurani slučaj traje nakon isteka ugovora o osiguranju;
2. kada osigurani slučaj zahteva vanbolničko lečenje, a posledica je prethodnog zdravstvenog stanja kod lica pre prvog uključivanja u osiguranje;
3. kod svih dopunskih pokriva definisana članom 14. Posebnih uslova (sistematski pregled, stomatološki tretmani, lekovi na recept, oftalmološke usluge), ukoliko nije ugovorena i plaćena dodatna premija;
4. zdravstvena zaštita trudnica i novorođenčadi, osim ako nije ugovorena u sklopu osnovog osiguravajućeg pokriva;
5. osiguravač neće nadoknaditi troškove prevoza do ustanove u Mreži zdravstvenih ustanova;
6. osiguravač neće nadoknaditi troškove koji nastanu usled medicinskog tretmana ili lečenja koje je započelo pre početka osiguranja;

Isključene su sve obaveze osiguravača ako je osigurani slučaj nastao i:

1. kao posledica namerne i krajnje nepažnje osiguranog lica, uključujući i nesreće u saobraćaju;
2. kao posledica učešća osiguranog lica u krivičnom delu;
3. kao posledica stanja nastalih pod dejstvom alkohola, narkotika i opijata;
4. kao posledica namernih radnji osiguranog lica kao što su: samoubistvo, pokušaj samoubistva ili duševne bolesti (neuračunljivosti) osiguranog lica, namernog samopovređivanja, lečenja alkoholizma, zavisnosti od droga ili korišćenja opojnih (halucinogenih) proizvoda.
5. usled bavljenja osiguranog lica rizičnim i opasnim aktivnostima ili sportovima, kao što su: lov, akrobacije, ronjenje, jedrilicarstvo, speleologija, planinarenje, rukovanje protihničkim sredstvima, vatrometom, municijom i eksplozivima, padobranstvo, skijaški skokovi, vožnja bobom, akrobatsko skijanje, bandži džamping, auto-moto trke, karting i sl;
6. kao posledica rata, invazije, delovanja stranog neprijatelja, neprijateljstava, terorističkih aktivnosti, građanskog rata, čina sabotaže, terorizma ili vandalizma, pobune, revolucije, ustanka, vojne ili druge vrste uzurpacije vlasti, kao i aktivnog učešća osiguranog lica u nemirima ili pobunama bilo koje vrste;
7. kao posledica prirodne katastrofe (npr. vulkanske erupcije, zemljotresa i sl.), elementarne nepogode, epidemija i pandemija;
8. kao posledica jonizujućeg zračenja ili kontaminacije radioaktivnošću iz drugog radioaktivnog otpada nastalog sagorevanjem nuklearnog goriva, tj. radioaktivnih, otrovnih, eksplozivnih ili drugih opasnih svojstava eksplozivnog nuklearnog sklopa ili njegovih komponenti;

Isključena je obaveza osiguravača u slučaju da je osigurano lice za konkretan osigurani slučaj iskoristilo pravo na naknadu troškova lečenja, odnosno novčane naknade iz obaveznog zdravstvenog osiguranja po osnovu plaćenog doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje (po osnovu overene zdravstvene knjižice) ili po nekom drugom osnovu.

Ako je bilo koji odštetni zahtev po bilo kom osnovu lažan ili zasnovan na lažnim podacima i iskazima, on ne obavezuje osiguravača;

Isključena je obaveza osiguravača za nadoknadu nastalih troškova lečenja kod osiguranih lica koja boluju i leče se od sledećih prethodnih zdravstvenih stanja: Hronične šećerne bolesti sa ili bez komplikacija, Alchajmerove bolesti, aneurizme moždanih arterija i velikih arterija sistemske cirkulacije, angine pectoris, stanja nakon kardio-vaskularnog infarkta (infarkta) s funkcionalnim poremećajima, ciroze jetre, tumora mozga s neuralnim ispadima, hronične bubrežne insuficijencije umerenog i težeg stepena, malignih bolesti svih organa, multiple skleroze, oboljenja

motornih neurona, paralize/paraplegije, parkinsonove bolesti, hroničnog oboljenja pluća, mišićne distrofije, demencije, Reumatoidnog artritisa i drugih sistemskih bolesti vezivnih tkiva, duševnih poremećaja, epilepsije, AIDS-om, kompleksnim sindromom u vezi s AIDS-om (ARCS) i svim bolestima uzrokovanim virusom HIV-a i /ili u vezi s njim.

#### **Posebna isključenja u slučaju zaključenja dopunskog pokrivača oftalmoloških usluga**

Obaveza osiguravača je isključena u sledećim slučajevima:

- radijalna keratomija ili bilo koja druga hirurška procedura (uključujući laserske tretmane) za poboljšanje vida;
- troškovi okvira i stakala za naočare za sunce i/ili povezani pribor za naočare.

#### **Posebna isključenja u slučaju zaključenja dopunskog pokrivača stomatoloških usluga**

Obaveza osiguravača je isključena u sledećim slučajevima:

1. intervencija iz domena estetske stomatologije;
2. veštački zubi (akrilatni zubi u protetici i sl.);
3. bilo kakve keramičke nadoknade na zubnim implantatima;
4. zubni implantati;
5. fiksne proteze;
6. višepovršinske plombe (onlay);
7. fasete i svi pripadajući troškovi;
8. izrada retencionih folija, spintova

#### **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, i drugi) 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 pokriće šteta, popunjavanja rezervi i sl.) i doprinosa za preventivu.

Režijski dodatak služi za pokriće troškova sprovođenja 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.

Premija dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ne podleže obračunu poreza na premije neživotnih osiguranja 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 ugovarač ne uplati dospelu ugovorenu premiju osiguranja, odnosno ratu premije osiguranja, prestaje obaveza Osiguravača za pokrivanje troškova, odnosno dela troškova za pružanje zdravstvenih usluga koje su obuhvaćene ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno polisom osiguranja, istekom roka od 30 dana od dana kada je Ugovaraču osiguranja uručeno pismeno obaveštenje o dospelim i neuplaćenim premijama osiguranja.

Posle isteka roka iz prethodnog stava Osiguravač može da raskine ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju bez naknadnog otkaznog roka i da pokrene postupak naplate dospelih premija sa pripadajućom kamatom pred nadležnim sudom.

#### **7. Rok u kome ponuda obavezuje društvo za osiguranje**

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

Ako Osiguravač povodom primljene ponude od licu koje je zainteresovano za zaključenje ugovora o osiguranju, zatraži neku dopunu ili izmenu koja je neophodna za ocenu rizika i zaključenje osiguranja, kao dan prijema ponude smatraće se dan

kad Osiguravač primi traženu dopunu ili izmenu, odnosno kad bude obavešten o prihvatanju njegovih uslova.

Ako Osiguravač nakom prijema ponude i zatražene dopune ili izmene 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.

#### **8. Način podnošenja odštetnog zahteva, rok za podnošenje odštetnog zahteva, odnosno ostvarivanje prava po osnovu osiguranja**

U slučaju nastanka osiguranog slučaja osiguranik je u obavezi da pre korišćenja medicinske usluge pozove Medicinski kontakt centar osiguravača koji za osigurano lice ugovara vrstu, datum i vreme pregleda ili drugih medicinskih usluga u okviru zdravstvenih ustanova koje pripadaju Mreži zdravstvenih ustanova osiguravača (u daljem tekstu: Mreža), odgovori na postavljena pitanja u vezi sa svojim trenutnim zdravstvenim stanjem.

Kontakt telefon Medicinskog kontakta centra osiguravača je 021/480 22 00.

Ukoliko osigurano lice iz opravdanih razloga, kao što je hitan medicinski slučaj i neke druge opravdane vanredne okolnosti, nije u mogućnosti da izvrši gore opisanu obavezu, to će učiniti ovlašćeno lice iz Mreže

Pregled Mreže zdravstvenih ustanova objavljen je na web stranici osiguravača.

Osiguranik može ostvariti pravo na nadoknadu troškova putem refundacije u slučaju:

- kupovine lekova na recept i medicinsko tehničkih pomagala, propisanih od strane ovlašćenih lekara iz Mreže.
- u slučaju korišćenja usluga ustanove van Mreže, osigurano lice mora pribaviti saglasnost ovlašćenog lica osiguravača iz Medicinski kontakt centra pre korišćenja usluge.

U slučaju refundacije troškova, potrebno je da Osiguranik dostavi sledeće:

- obrazac prijave osiguranog slučaja
- medicinski izveštaj sa navedenom dijagnozom i propisanom terapijom, rezultate laboratorijskih analiza i drugih dijagnostičkih procedura
- original račun za medicinske usluge
- fotokopiju isprave dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja
- tekući račun

Odštetni zahtev u slučaju refundacije troškova se može podneti:

- poštom na adresu „DDOR NOVI SAD“ a.d.o. poštanski pregradak 392, 21101 Novi Sad
- neposredno u bilo kojoj poslovnicu Osiguravača na teritoriji cele Srbije. Spisak poslovnica možete pronaći na sledećem linku [www.ddor.rs/prodajna-mesta](http://www.ddor.rs/prodajna-mesta),
- telefonom pozivanjem Medicinskog kontakta centra Osiguravača na broj 021/480 22 22,
- elektronskom poštom slanjem mejla na adresu: [zdravodaste@ddor.co.rs](mailto:zdravodaste@ddor.co.rs)

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 pruži 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.

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.

#### **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](http://www.ddor.rs)), poštom 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  
E – mail: [prigovorklijenata@ddor.co.rs](mailto:prigovorklijenata@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.

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 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
- 2) elektronski na adresu [zastita.korisnika@nbs.rs](mailto: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 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  
E mail.[ddor@ddor.co.rs](mailto:ddor@ddor.co.rs)

**NAPOMENA: Ovu Informaciju Osiguravač daje u skladu sa odredbama zakona kojima se uređuje obavljanje delatnosti osiguranja.**