

**INFORMACIJA ZA UGOVARAČA OSIGURANJA – OSIGURANIKA PRE ZAKLJUČENJA
UGOVORA DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
VANBOLNIČKOG ILI VANBOLNIČKOG I BOLNIČKOG 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 Ugovarača osiguranja / Osiguranika:

1. Podaci o Osiguravaču

Osiguravač je Akcionarsko društvo za osiguranje „DDOR Novi Sad“, sa sedištem u Novom Sadu, Bulevar Mihajla Pupina br. 8, upisano u Registar privrednih subjekata kod Agencije za privredne registre Rešenjem broj BD 30620/2005, matični broj 08194815, PIB 101633677. Osiguravač je deo italijanske osiguravajuće grupe UNIPOL Gruppo S.p.A.
Broj telefona za korisnike usluga: +381 21 4886 000
E-mail adresa: ddor@ddor.co.rs
Internet adresa: www.ddor.co.rs

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

Uslovi osiguranja koji se primenjuju na ugovor dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za vanbolničko ili vanbolničko i bolničko lečenje su:

- Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje, doneti 10.04.2020. godine (u daljem tekstu: Opšti uslovi);
- Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za vanbolničko ili vanbolničko i bolničko lečenje, doneti 25.03.2021. godine sa izmenom od 29.11.2022.godine (u daljem tekstu: Posebni uslovi).

sa kojima imate pravo da se upoznate blagovremeno pre zaključenja ugovora osiguranja.

Na ugovor o osiguranju primenjuju se 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 pokrće, obuhvata pokrće troškova vanbolničkog, vanbolničkog i bolničkog lečenja, predviđenih izabranim paketom osiguranja.

Bolničkim lečenjem ne smatra se 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), hidroklinike, 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.

Pored osnovnog osiguravajućeg pokrća vanbolničkog lečenja i osnovnog osiguravajućeg pokrća vanbolničkog lečenja sa uključenim rizicima u vezi sa trudnoćom i novorođenčadi , ako je posebno ugovoreno, osiguranim slučajem se smatraju i troškovi medicinski opravdanog tretmana, odnosno lečenja za osiguravajuća pokrća koja mogu biti ugovorena kao pokrće troškova do limita ugovorenog na polisi osiguranja:

- bolničkog lečenja,
- hirurških intervencija u okviru bolničkog lečenja,
- sistematskih pregleda,
- oftalmoloških usluga,
- stomatoloških usluga,

- fizikalne terapije,
- lekova na recept.

Ukoliko se posebno ugovori, osiguraniku će biti isplaćena i naknada za medicinski opravdan boravak u bolnici, do limita ugovorenog na polisi osiguranja.

Pod osiguranim slučajem smatra se narušenje zdravlja osiguranika, a koje zahteva boravak i lečenje u bolnici (bolnički dani).

Kada nastane ugovoreni osigurani slučaj, Osiguravač je obavezan da isplati ugovoreni iznos naknade za bolničke dane za svaki dan proveden na lečenju i boravak u bolnici, ukoliko je trajao 3 ili više dana, ali najviše do 20 dana.

Ugovoreni obim osiguravajućeg pokrća sa tačno utvrđenim sadržajem zdravstvenih usluga sastavni je deo polise osiguranja.

SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE

Ovo osiguranje može se ugovoriti kao kolektivno ili individualno osiguranje.

Pod kolektivnim osiguranjem se smatra ukoliko je ugovarač osiguranja pravno lice ili pravni subjekt koje u ime i za račun osiguranika, odnosno u svoje ime i za račun osiguranika ugovara osiguranje. Osiguranik je radno angažovano lice ili član ugovarača osiguranja.

Pod individualnim osiguranjem se smatra ukoliko je ugovarač osiguranja fizičko lice koje u svoje ime i za svoj račun, odnosno u svoje ime a za tuđ račun ugovara osiguranje. Ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju mogu biti obuhvaćeni i članovi porodice osiguranika.

Obaveza popunjavanja Izjave/Upitnika o zdravstvenom stanju osiguranika (u daljem tekstu Izjava), postoji prilikom prvog zaključenja ugovora o osiguranju, kada se osigurava manja od 10 (deset) lica.

Izuzetno Osiguravač zadržava pravo da traži popunjavanje Izjave/Upitnika o zdravstvenom stanju osiguranika i u slučaju kada se osigurava deset i više lica.

Lica koja predstavljaju uvećani rizik zbog zdravstvenog statusa, odnosno pristupne starosti osiguravaju se uz izmenjene uslove osiguranja, uz naplatu povećane premije ili promenu visine ili obima pokrća.

Ukoliko Osiguravač proceni da je potrebno da osiguranik obavli lekarski pregled, radi procene prijema u osiguranje, osiguranik je dužan da obavli lekarski pregled sledećeg sadržaja o svom trošku:

1. mišljenje lekara opšte medicine ili interniste o utvrđenom opštem zdravstvenom stanju lica (osiguranika) sa detaljnom anamnezom, EKG i spirometrijom;
2. izveštaje lekara specijalista o pregledima po organima i sistemima sa dijagnozama (za žene ginekološki pregled sa ultrazvukom dojki, za muškarce urološki pregled);
3. laboratorija (KKS – kompletna krvna slika, sedimentacija, holesterol, trigliceridi, jetrini enzimi, enzim pankreasa, glukoza, bilirubin, urea i kreatinin, opšti pregled urina);
4. oftalmološki pregled (očno dno i intraokularni pritisak);
5. ultrazvuk abdomena.

ISKLUČENJA 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. Reproductivnim 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: struktura, odnosno hromozomska oštećenja ploda, zdravstvena stanja koja ugrožavaju život majke, spontani abortus i medicinski indikovani abortus; kompletna dijagnostika u cilju utvrđivanja neplodnosti, ukoliko nije ugovoreno pokrće Naknada za ispitivanje neplodnosti i za koje nije plaćena premija, celokupna priprema za vantelesnu oplodnju, lekovi u postupku vantelesne oplodnje, drugi vidovi lečenja neplodnosti (infertiliteta i sterilizata) i sve metode vantelesne oplodnje; hirurški zahvat promene pola; lečenje viagrom ili genetičkom zamenom;
2. Medicinskim tretmanom ili lečenjem koje je započeto pre početka osiguranja;
3. Operacijom kuka sa ugradnjom endoproteze i operacijom kolena sa ugradnjom endoproteze;
4. Lečenjem gljivičnih oboljenja noktiju na šakama i stopalima, kao i pregledi lečenje infekcija uraslih noktiju i zanoktica;
5. PRP tretmanom krvnom plazmom;
6. Pregledom lekara opšte medicine i specijaliste u cilju izdavanja potvrda za vrtić, rekreativnu nastavu, vozačku dozvolu, put u inostranstvo, vizu i ostale administrativne potrebe;
7. Svim preventivnim i screening pregledima i dijagnostičkim procedurama indikovanim starosnim dobom, pozitivnom porodičnom anamnezom ili na lični zahtev osiguranika, bez obzira na medicinsku indicaciju;
8. Ispitivanjem funkcije autonomnog nervnog sistema, sinkopa test;
9. Pregledi i usluge psihijatra (neuropsihijatra), logopeda i defektologa, osim ukoliko je ugovoreno pokrće za naknadu usluga vezanih za mentalno zdravlje;
10. Lečenjem gljivičnih oboljenja noktiju na šakama i stopalima, kao i pregledi lečenje infekcija uraslih noktiju i zanoktica;
11. Operacijom katarakte;
12. Laserskim tretmanom korekcije vida;
13. Hirurškim zahvatima transplantacije organa i tkiva, bez obzira da li je osiguranik primalac ili donor;
14. 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;
15. Nabavkom slušnih aparata;
 16. Korišćenjem kapaciteta hitne službe pružaoca zdravstvene usluge zaslučajevje koji nisu hitan medicinski slučaj;
 17. Ambijentalnom terapijom radi odmora i/ili posmatranja;
 18. Terapijskim postupcima odvikavanja od bolesti zavisnosti bilo koje vrste;
 19. 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;
 20. Svim troškovima krioprezervacije i implantacije ili reimplantacije živih ćelija;
 21. 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 tarzalgijske ili metatarzalgijske;
 22. Svim troškovima u vezi sa konkretnim promenama na stopalima kao što su:žuljevi, kurje oči i hiperkeratoza ili čukljevi;
 23. 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 o bilo kojim oblikom psihčke podrške u cilju mršavljenja;
 24. Tretmanima za podmlađivanje;
 25. Tretmanima u slanoj sobi;
 26. Terapijom bola;
 27. Pregledima, analizama i obukom u vezi sa ishranom, nutricionističkim savetima;
 28. Svim vrstama masaže;
 29. Terapijama vežbanjem, izuzev kineziterapije, bez obzira da li ih je propisao ovlašćeni lekar;
 30. Dugotrajnom rehabilitacionom terapijom (koja traje duže od mesec dana), bez obzira da li ju je propisao ovlašćeni lekar;
 31. Dugotrajnim bolničkim lečenjem (koje traje duže od mesec dana) u godini osiguranja, bez obzira da li je indikovano od strane ovlašćenog lekara;
 32. Nadoknadama za lečenje koja pružaju lica koja nemaju dozvolu za obavljanje zdravstvene delatnosti;
 33. Uslugama, preparatima i sredstvima koje nije propisao ovlašćeni lekar i kojimisu namenjeni lečenju osiguranog lica;
 34. 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;
 35. Ekspenimentalnim medicinskim tretmanom koji podrazumeva: tretman koji nije naučno ili medicinski priznat;
 36. Proučavanjem sna, kao i dijagnostikom i drugim tretmanima u vezi sa zastojem disanja u snu;
 37. Ostalim troškovima koji podrazumevaju: sve troškove koji su iznad standardnih uobičajenih troškova u smislu Posebnih uslova; sve troškove za dodatna osiguravajuća pokrća 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, hranjivipreparati 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 ili bolesti u toku osiguravajuće godine, izuzev ako je polisa osiguranja obnovljena, ili ako su troškovi nastali u vezi sa medicinski opravdanim tretmanom kod lica sa osiguranjem u kontinuitetu, isključujući propisane lekove u terapijskim dozama u količini dozvoljenih zalih za šezdeset (60) dana, a propisanih u toku osiguravajuće godine i ako je ovo pokrće ugovoreno; uputstva za upotrebu i održavanje trajne medicinske opreme; prilagodavanje vozila, kupatila ili objekta za stanovanje ličnimpotrebama; troškove svih medicinsko tehničkih pomagala koja se izdaju beznaloga, indikacije i izveštaja ovlašćenog lekara; medicinsko-tehnička pomagala iz grupe ostalih pomoćnih pomagala i sanitare 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, ovlašćivači, isušivači i prečišćivači vazduha), materijali za jednokratnu upotrebu, sobni bicikli, sunčane ili toplotne lampe, jastučići za grejanje, bideti, sedišta za toalet, sedišta za kadu, saune, liftovi, đakuzi, oprema za vežbanje i slični predmeti;
 38. Tretmanom malokluzivnog ili temporomandibularnog oboljenja zglobova, pregledima i lečenjem stanja poremećene okluzije;
 39. Bolničkim lečenjem u zdravstvenoj ustanovi, bolnicama, odeljenju ili sličnoj stacionamoj ustanovi za mentalno zdravlje.

Ujedno, isključene su sve obaveze Osiguravača:

1. ako je osigurani slučaj nastao pre uključivanja u osiguranje i traje u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju ili u toku osiguranja slučaj traje nakon isteka ugovora o osiguranju;
2. U vezi sa trudnoćom koja je dijagnostikovana pre početka osiguranja ili u periodu opšte karence: Smatra se da je trudnoća dijagnostifikovana pre početka osiguranja ukoliko je izabrani, odnosno

- ginekolog koji vodi trudnoću osiguranog lica utvrdio termin porođaja pre isteka roka od devet (9) meseci računajući od dana prvog uključivanja u osiguranje za to lice, odnosno od dana plaćanja dospеле premije ukoliko ona nije plaćena do datuma početka ugovora o osiguranju. Stav (1) i (2) ove tačke ne primenjuju se u slučaju da je osigurano lice imalo ugovoreno pokrće zdravstvene zaštite u vezi sa trudnoćom po prethodnoj polisi osiguranja kod istog osiguravača i ukoliko nije postojao prekid osiguranja. U svakom slučaju, ukoliko se u toku perioda trajanja osiguranja u osiguranje uključuju nova lica u svojstvu supružnika, odnosno vanbračnog partnera osiguranika, za korišćenje usluge zdravstvene zaštite u vezi sa trudnoćom, ne postoji obaveza osiguravača ako je trudnoća dijagnostifikovana pre početka osiguranja.
3. kada osigurani slučaj zahteva vanbolničko ili bolničko lečenje, a posledica je prethodnog zdravstvenog stanja kod lica pre prvog uključivanja u osiguranje ukoliko nije ugovorena i plaćena dodatna premija;
4. kod svih dopunskih pokrća definisana članom 9. stav 7. Posebnih uslova (bolničko lečenje, hiruške intervencije, sistematski pregled, stomatološki tretmani, lekovi na recept,oftalmološke usluge, fizikalna terapija), ukoliko nije ugovorena i plaćena dodatna premija;
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;
7. osiguravač neće nadoknaditi troškove lečenja AIDS-a, kompleksnim sindromom u vezi s AIDS-om (ARCS) i svim bolestima uzrokovanim virusom HIV-a i /ili u vezi s njim.

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 pirotehničkim 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 sberbrežne insuficijencije umerenog i teže stepena, malignih bolesti svih organa, multiple skleroze, oboljenja motornih neurona, paralizeparaplegije, parkinsonove bolesti, hroničnog oboljenja pluća, mišićne distrofije, demencije, Reumatoidnog artritisa i drugih sistemskih bolesti vezivnih tkiva, duševnih poremećaja, epilepsije.

Posebna isključenja u slučaju zaključenja dopunskog pokrća oftalmoloških usluga

Obaveza Osiguravača je isključena u sledećim slučajevima:

1. radijalna keratomija ili bilo koja druga hiruška procedura (uključujući laserske tretmane) za poboljšanje vida;
2. troškovi za stakla sa posebnim zaštitnim slojevima (npr. protiv plavog svetla, protiv zamagljivanja, i dr.), kao i multifokalna (progressivna) stakla;
3. troškovi okvira i stakala za naočare za sunce i/ili povezani pribor za naočare.

Posebna isključenja u slučaju zaključenje dopunskog pokrća stomatoloških usluga

Obaveza Osiguravača je isključena u sledećim slučajevima:

1. intervencija iz domena estetske stomatologije;
2. za slučaj stomatoloških hiruških intervencija poput apikotomije, režanj operacije, mukokutani auto trasplantat ili samo trasplantat, nivelacija grebena, produbljivanje forniksa, augmentacija alveolarnog grebena;
3. veštački zubi (akrilatni zubi u protetici i sl.);
4. bilo kakve keramičke nadoknade na zubnim implantatima;
5. zubni implantati;
6. fiksne proteze;
7. višepovršinske plombe (onlay), glasjonom srispun ;
8. fasete i svi pripadajući troškovi;
9. izrada retencionih folija, spintova.

5. Visina premije osiguranja, način plaćanja premije osiguranja, visinaporeza 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 pokrivanja 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 pokrivanje šteta, popunjavanja rezervi i sl.) i doprinosa za preventivu.

Režijski dodatak služi za pokrivanje 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 unučeno 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 podnošenje oštete, rok za podnošenje oštete, 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 (udaljem tekstu: Mreža), odgovori na postavljena pitanja u vezi sa svojim trenutnim zdravstvenim stanjem.

Kontakt telefon Medicinskog kontakt 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 Medicinskog 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, rezultatelaboratorijskih analiza i drugih dijagnostičkih procedura,
- original račun za medicinske usluge,
- fotokopiju isprave dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja,
- tekući račun.

Oštetni 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 poslovnici Osiguravača na teritoriji cele Srbije. Spisakposlovnica možete pronaći na sledećem linku www.ddor.rs/prodajna-mesta,
- telefonom pozivanjem Medicinskog kontakt centra Osiguravača na broj 021/480 22 00,
- elektronskom poštom slanjem mejla na adresu: zdravodaste@ddor.co.rs.

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

Zaposleni kod Osiguravača zadužen za prijem oštetnih zahteva podnosiocu prijave će pruži svu neophodnu stručnu pomoć pri davanju odgovora na pitanja u oštetnom 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.

Ugovarač osiguranja, osiguranik, korisnik osiguranja i treća oštećena lica (u daljem tekstu: korisnik) može podneti prigovor Osiguravaču ako je nezadovoljan pružanjem usluga Osiguravača.

Prigovor se Osiguravaču može podneti zbog povrede prava ili interesa u vezi s radom tog Osiguravača i postupanjem Osiguravača, odnosno lica koje za Osiguravača obavlja poslove zastupanja u osiguranju.

Podnošenje oštete, odnosno zahteva iz osnova osiguranja ne smatra se prigovorom.

Korisnik može podneti prigovor u pismenoj formi u poslovnim prostorijama Osiguravača, poštom, preko internet prezentacije Osiguravača (www.ddor.rs) ili elektronskom poštom (imejлом) 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
Imejl: prigovoniklijenata@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. e-mailom ili na drugi način u elektronskom obliku.

Prigovor sadrži sledeće podatke i dokumentaciju:

- ime, prezime i adresu korisnika 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 korisnika - pravnog lica;
- razloge za prigovor i zahteve korisnika;
- 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;
- posebno punomoćje za zastupanje ako je prigovor podneo punomoćnik, kojim korisnik ovlašćuje punomoćnika da u njegovo ime i za njegov račun podnese prigovor na rad tačno određenog društva za osiguranje, da preuzima radnje u postupku po tom prigovoru i da se tom punomoćniku učine dostupnim podaci koji se odnose na korisnika a predstavljaju podatke o ličnosti.

Osiguravač će podnosiocu prigovora dostaviti pismeni odgovor 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 ili predlog za posredovanje 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 postupku po prigovoru korisnika usluge osiguranja („Službeni glasnik RS“, br. 87/2021) bliže je uređen način zaštite prava i interesa oosiguranika, ogovorača osiguranja, korisnika osiguranja i trećih oštećenih lica Srbije (korisnik), kao i način posredovanja i podnošenja prigovora korisnika i postupanja po tom prigovoru.

Korisnik može podneti predlog za posredovanje ili 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.

Predlog za posredovanje i prigovor Narodnoj banci Srbije podnosi se u pismenoj formi:

- 1) poštom na adresu Narodna banka Srbije, poštanski fah 712, 11000 Beograd
- 2) preko internet prezentacije Narodne banke Srbije

Korisnik može podneti predlog za posredovanje Narodnoj banci Srbije uz obavezno navođenje roka za njenog prihvatanje koji ne može biti kraći od 5 niti duži od 15 dana od dana dostavljanja tog predloga drugoj strani u sporu. Postupak posredovanja pred Narodnom bankom Srbije pokreće se zaključenjem sporazuma o pristupanju posredovanju.

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

Ako je u toku postupka po prigovoru pokrenut postupak posredovanja, Narodna banka Srbije zastaće sa postupanjem po prigovoru do okončanja postupka posredovanja

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. Prigovor mora da sadrži podatke koji omogućavaju identifikaciju korisnika (ime, prezime i adresa, odnosno za pravna lica poslovno ime, sedište, matični broj i ime i prezime zakonskog zastupnika) i Osiguravača (poslovno ime i sedište), utvrđivanje odnosa korisnika s Osiguravačem, kao i razloge za podnošenje prigovora, tj. šta se prigovorom zahteva.

Ukoliko prigovor ne sadrži sve potrebne elemente Narodna banka Srbije će u roku od 8 dana od dana prijema prigovora pismenim putem pozvati korisnika da prigovor uredi.

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.

Narodna banka Srbije neće razmatrati navode iz tog prigovora:

- Ako korisnik nije predhodno uputio Osiguravaču prigovor ili ako je prigovor Narodnoj banci Srbije upućen pre isteka roka za dostavljanje odgovora Osiguravača na upućen prigovor;
- ako je podnet po isteku roka od šest meseci od dana prijema odgovora Osiguravača ili protoka roka za dostavljanje odgovora Osiguravača;
- ako je podnet nakon pokretanja sudskog postupka, odnosno ako je njegov predmet sporno pitanje povodom koga se postupak vodi ili je pravosnažno okončan;
- ako iz sadržine prigovora jasno proizlazi da njegov cilj nije zaštita prava i interesa korisnika koji je podneo prigovor, odnosno ako korisnik zloupotrebljava pravo na prigovor, naročito ako prigovor ima nerazumnu, neobjektivnu ili uvredljivu sadržinu;
- ako sadrži iste navode i/ili zahteve kao i prigovor istog korisnika po kome se već postupalo; i
- ako je vrednost predmeta prigovora manja od 1.000 dinara.

Narodna banka Srbije obavestiće korisnika da neće razmatrati navode iz prigovora i razlozima za to, ako se korisnik ponovo obrati na isti način, sa istim naovidma i/ili zahtevima Narodna banka Srbije ne dostavlja novo obaveštenje.

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

Korisniku koji prigovor podnese preko internet prezentacije Narodne banke Srbije, Narodna banka Srbije će sva pismena uključujući i odgovor dostavljati u formi elektronskog dokumenta.

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
Imejl: ddor@ddor.co.rs

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