

**INFORMACIJA ZA UGOVARAČA OSIGURANJA – OSIGURANIKA PRE
ZAKLJUČENJA UGOVORA O PAKETU PUTNOG OSIGURANJA ZA
UGOVARAČA OSIGURANJA “A1 SRBIJA” d.o.o.**

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

1. Podaci o Osiguravaču

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

Na ugovor o putnom osiguranju (u daljem tekstu: Ugovor o osiguranju) primenjuju se Uslovi za paket putnog osiguranja za ugovarača osiguranja „ A1 Srbija“ d.o.o., doneti 27.02.2023.godine (u daljem tekstu: 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

Osiguranje po ovim Uslovima može se zaključiti samo za putovanja u inostranstvo koja su započela u Republici Srbiji, a svako pojedinačno putovanje može trajati najviše 90 dana.

Osiguravajuće pokrivaće za Osiguranika se aktivira u trenutku kada Osiguranik napusti teritoriju Republike Srbije, pod uslovom da je osiguranik:

- evidentirao registrovanu SIM karticu sa odgovarajućim brojem telefona u javnoj inostranoj elektronskoj komunikacionoj mreži („romingu“); i
- primio aktivacionu tekstualnu poruku od Asistentske kompanije, kojom se potvrđuje da je pokrivaće aktivirano („Aktivaciona tekstualna poruka“).

Osiguravajuće pokrivaće za dodatnog Osiguranika se aktivira u trenutku kada zajedno sa Osiguranikom napusti teritoriju Republike Srbije.

Osiguravajuće pokrivaće se deaktivira pri ulasku na teritoriju Republike Srbije, pod uslovom da se evidentira registrovana SIM karticu sa odgovarajućim brojem telefona u matičnoj mreži elektronske komunikacione mreže.

Osiguranik može deaktivirati osiguravajuće pokrivaće u inostranstvu praćenjem uputstava dobijenih u aktivacionoj tekstualnoj poruci u roku od pet sati od prijema iste.

Osiguranik može otkazati osiguranje u bilo kom trenutku bez navedenja razloga, obaveštavanjem korisničkog servisa na a1putnoosiguranje@lamie-direct.com.

Osiguranje prestaje automatski ako Osiguranik raskine odgovarajući ugovor o impulsima sa ugovaračem 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 osiguranju, navedeni su u ovoj tački.

PUTNIČKIM ZDRAVSTVENIM OSIGURANJEM U INOSTRANSTVU pokrivaju se:

1. troškovi neophodnog lečenja u slučaju iznenadne bolesti ili nezgode
2. troškovi neophodnog prevoza u slučaju iznenadne bolesti ili nezgode Osiguranika u inostranstvu (tj. stranim državama koje su navedene u polisi osiguranja za vreme putovanja i boravka u istima).

Ujedno, putničko zdravstveno osiguranje u inostranstvu, pored gore navedenog pokrivaće obuhvata i sledeće vrste asistencije:

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

Kao NEOPHODNA MEDICINSKA POMOĆ, smatra se sledeće:

1. medicinski tretman bez prijema na lečenje u bolnicu tj. kliniku
2. troškovi prvog pregleda Osiguranika, odnosno troškovi neophodnih medicinskih metoda potrebnih za utvrđivanje radne dijagnoze, s tim da osiguranje ne pokriva troškove bolničkog lečenja hroničnih i drugih bolesti i njihovih komplikacija,
3. ambulantno lečenje;

4. lekovi i zavoji propisani od strane lekara,
5. sanitetski materijal koji je neophodan u toku lečenja preloma ili povrede ekstremiteta (pr. gips, zavoj) i pomagala za hodanje propisani od strane lekara; 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.
12. Radioterapiju, termoterapiju ili fototerapiju i druge slične tretmane propisane od strane lekara uključujući dekompresiju komoru

Troškovi prevoza Osiguranika u zemlju koji obuhvataju:

- Troškove prevoza od strane hitne medicinske službe radi osiguranikovog prihvata u najbližu bolnicu ili kod najbližeg raspoloživog lekara, uključujući i vazdušni medicinski prevoz
- Troškovi prevoza tj. Premeštaja u specijalističku kliniku ako to bude medicinski indikovano i propisano od strane lekara
- Troškovi prevoza obolelog ili nastradalog osiguranika koji su prethodno odobreni od strane osiguravača odnosno asistentske kompanije, ako se osiguranik iz zdravstvenih razloga ne može vratiti u zemlju na način kako je prvobitno nameravao

USLUGE POKRIVENE OVIM OSIGURANJEM SU I:

- 1) 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.
- 2) Pravna asistencija obuhvata:
 - organizovanje pravne pomoći, upućivanjem na advokata, kada je Osiguraniku neophodna pravna zaštita za vreme boravka u inostranstvu;
 - upućivanje Osiguranika na predstavnike lokalnih organa, ambasada i konzulate;
 - obezbeđenje usluga prevodioca - troškove prevoda plaća Osiguranik;
 - administrativna pomoć u vezi ličnih i putnih isprava.

ISKLUČENJA IZ POKRIĆA

Ovim osiguranjem isključena je obaveza Osiguravača za sledeće slučajeve:

1. Psihička oboljenja ili poremećaji i stanja depresije, psihoanalitičkih i psihoterapeutskih tretmana, bolesti nervnog Sistema,
2. 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;
3. srčani oboljenja, moždanog udara, raka, dijabetesa (tip 1 i 2), migrene, epilepsije, multiple skleroze, izuzev slučajeva nepredviđenih hitnih medicinskih mera, koje se preduzimaju u cilju spašavanja života Osiguranika,
4. dijalize, tretmana zbog transplantiranog organa,
5. polno prenosive bolesti, AIDS virusa,
6. namere ili krajnje (grube) nepažnje Osiguranika, odnosno lica koje za njega odgovara ako je reč o deci, samopovređivanja ili pokušaja samopovređivanja,
7. rata, građanskog rata ili građanskih nemira tj. Nereda u kojem je Osiguranik aktivno učestvovao, štrajkova, terorističkih akcija ili sabotaža, specijalne vojne operacije, nezgode nastale pri izvršenju krivičnog dela ili prekršaja sa obeležjem nasilja počinjenog od strane Osiguranika ili u kom delu, odnosno nasilju je Osiguranik aktivno učestvovao (npr. navijački neredi i izgredi),
8. aktivnosti koje izvršavaju državni organi po službenoj dužnosti,
9. nuklearnog ili jonizujućeg zračenja, radioaktivnih materija ili supstanci, bilo koje dejstvo radioaktivnog porekla,
10. posledica pijanstva ili zavisnosti (zloupotreba alkohola, droga, lekova) Osiguranika ako se on sam tj. svojevorno doveo u to stanje, posledice nepridržavanja propisane lekarske terapije, predoziranje lekovima, korišćenje lekova koji Osiguraniku nisu propisani a nisu u slobodnoj prodaji već se izdaju na lekarski recept,
11. učestvovanja u auto-moto takmičenjima, treninzima i pripremama za njih,
12. medicinska stanja koja su postojala ili su bila očekivana pri zaključenju ugovora o osiguranju ili pre početka putovanja,

13. sve štete ili troškovi koji su posledica zemljotresa, epidemije i pandemije (isključenje ne važi za bolest Covid-19), zagađenja usled prirodnih katastrofa koje su bile poznate pre početka putovanja,

14. ako je putovanje započeto ili nije prekinuto suprotno upozorenjima, savetima za putovanje, tj važećim preporukama nadležnog Ministarstva spoljnih poslova Republike Srbije,

15. putovanja u terapeutske svrhe, tretmana za mršavljenje, estetskog ulepšavanja i sl,

16. lekarskog pregleda, lečenja i nege koja nije posledica potrebne hitne medicinske pomoći ili nezgode,

OSIGURANJEM OD POSLEDICA NESREĆNOG SLUČAJA-NEZGODE TOKOM BORAVKA U INOSTRANSTVU POKRIVAJU SE:

1. smrt kao posledicna nesrećnog slučaja
2. trajni i potpuni(100%) stepen invaliditeta kao posledica nesrećnog slučaja
3. delimični stepen invaliditeta nastao kao posledica nesrećnog slučaja

Nesrećnim slučajem u smislu ovih Uslova smatra se iznenađni i od volje osiguranika nezavisni događaj koji delujući uglavnom spolja i naglo na telo osiguranika, ima za posledicu njegovu smrt, potpuni ili delimični invaliditet ili narušenje zdravlja koje zahteva lekarsku pomoć

Pored gore navedenog, pojam nesrećnog slučaja obuhvata i:

1. gaženje, sudar, udar kakvim predmetom ili o kakav predmet udar električne energije ili groma, pad, okliznice, survavanje, ranjavanje oružjem, raznim drugim predmetima ili eksplozivnim materijama, ubod kakvim predmetom, udar ili ujed životinje i ubod insekta, izuzev ako je takvim ubodom prouzrokovana kakva infektivna bolest
2. trovanje hemijskim agensima, osim profesionalnih oboljenja
3. infekcija povrede prouzrokovane nesrećnim slučajem
4. trovanje usled disanja gasova ili otrovnih para, osim profesionalnih oboljenja
5. opekotine vatrom ili električitetom, vrućim predmetom, tečnostima ili parom, kiselinama, bazama, i sl.
6. Davljenje i utopljenje
7. Gušenje ili ugušenje usled zatrpavanja zemljom, peskom i sl. Kao i usled udisanja para i gasova, izuzev profesionalnih oboljenja
8. Prsnuće mišića, iščašenje, prsnuće zglobnih veza, prelom zdravih kostiju koji nastanu usled naglih telesnih pokreta ili iznenađnih naprezanja izazvanih nepredviđenim spoljašnjim događajima ukoliko je to neposredno nakon povrede utvđeno u bolnici ili drugoj zdravstvenoj ustanovi
9. delovanje svetlosti, sunčanih zraka, temperature ili lošeg vremena, ako je osiguranik bio izložen neposredno usled jednog pre toga nastalog nesrećnog slučaja ili se našao u takvim nepredvidjenim okolnostima koje nije mogao sprečiti ili im je bio izložen usled spašavanja ljudskog života,
10. delovanje rentgenskih i radijumskih zrakova ako nastupe naglo i iznenada, izuzev profesionalnih oboljenja
11. ISKLJUČENJA IZ OVOG POKRIĆA SU:

1. usled zemljotresa, prirodnih katastrofa i terorističkih akcija,
 2. usled ratnih događaja u zemlji i aktivnog učešća osiguranika u ratnim događajima izvan granica zemlje ili specijalnim vojnim operacijama,
 3. usled aktivnog učešća u oružanim akcijama,
 4. pri upravljanju vazdušnim aparatima svih vrsta, plovnim objektima, motornim i drugim vozilima bez propisane službene isprave koja daje ovlašćenje vozaču za upravljanje i vožnju tom vrstom i tipom vazdušnog aparata, plovnog objekta, motornog i drugog vozila.
- Odredbe tačke 4. ovog stava neće se primenjivati u slučaju kada neposredovanje propisane službene isprave nije imalo uticaja na nastajanje nesrećnog slučaja i obaveze osiguravača.

U smislu ovih Uslova smatra se da osiguranik poseduje propisanu službenu ispravu, kada u cilju pripremanja i polaganja ispita za dobijanje službene isprave preduzima vožnju uz neposredni nadzor službeno ovlašćenog stručnog instruktora.

5. usled pokušaja ili izvršenja samoubištva osiguranika iz bilo kog razloga,
 6. usled toga što je osiguranik namerno prouzrokovao nesrećni slučaj,
 7. usled toga što je korisnik namerno prouzrokovao smrt osiguranika, a ako je više korisnika isključen samo onaj korisnik koji je namerno prouzrokovao smrt osiguranika,
 8. pri pripremanju, pokušaju ili izvršenju umišljajnog krivičnog dela, kao i pri begu posle takve radnje,
 9. usled uzročne veze između delovanja alkohola ili narkotičkih sredstava na osiguranika i nastanka nesrećnog slučaja. U skladu sa ovim Uslovima smatra se da je nesrećni slučaj nastao usled uzročne veze delovanja alkohola na osiguranika u slučaju saobraćajne nezgode, ako je vozač motornog vozila, odnosno osiguranik u trenutku nastanka nesrećnog slučaja u krvi imao više od dozvoljene količine alkohola prema pozitivnim zakonskim propisima na snazi u trenutku nastanka nesrećnog slučaja.
- Pod pojmom vozača smatraju se sva lica koja na putu upravljaju vozilom.
10. pri upravljanju i vožnji avionom i vazdušnim aparatima svih vrsta, kao i pri sportskim skokovima padobranom, osim u svojstvu putnika u javnom saobraćaju,

11. pri treningu i učešću osiguranika u javnim sportskim takmičenjima u svojstvu registrovanog člana sportske organizacije i to: fudbala, hokeja na ledu, džiu-džica, džuda, karate, boksa, skijanja, ragbija, rvanja, skijaških skokova, alpinista i podvodnog ribolova kao i pri automobilskim, motociklističkim brzinskim trakama, motokrosu i pri treningu za njih,

12. usled terorističkih akcija,

13. delovanjem nuklearne energije,

14. ako je putovanje započeto ili nije prekinuto suprotno upozorenjima, savetima za putovanje, tj važećim preporukama nadležnog Ministarstva spoljnih poslova Republike Srbije

OSIGURANJE PRTLJAGA OBUHVATA:

1. gubitak, oštećenje ili uništenje prtljaga koji osiguranik nosi sa sobom i predati prtljag u odlasku i povratku, kao i za vreme boravka u odredištu putovanja
2. stvari kupljene tokom boravka u inostranstvu

ISKLJUČENJA I OGRANIČENJA OBAVEZE OSIGURAVAČA KOD OVOG OSIGURANJA SU:

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

OSIGURANJE POMOĆI NA PUTU OBUHVATA

1. prijem poziva osiguranika za pomoć 24 časa na dan, sedam dana u nedelji
2. pokrivanje troškova popravke u slučaju manjeg kvara
3. pokrivanje troškova vuče (šlepanja)
4. pokrivanje troškova prevoza osiguranika
5. pokrivanje troškova prilikom povezivanja prevoza
6. pokrivanje troškova prenočišta osiguranika

ISKLUČENJA IZ OSIGURANJA SU:

1. ako se vozilo koristi u automobilskim takmičenjima, trkama, test vožnjama
2. ako se vozilo koristi za prevoz osoba koje plaćaju tu uslugu (taksi) ili se vozilo iznajmljuje (rent-a-car)
3. nevolje sa vozilom usled atomske opasnosti, rata, terorističkih radnji, demonstracija, manifestacija i sličnih radnji
4. ponavljanja identičnih problema sa vozilom usled manjih kvarova ili gubitka goriva
5. ako se osiguranik nađe u nevolji sa vozilom usled opasnosti koja nije opisana u članu 30 Uslova
6. osiguranog slučaja koji se desio usled više sile i prirodnih katastrofa (zemljotres, klizanja tla i slično)

SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE:

Po ovim Uslovima mogu se osigurati:

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

Ugovor o osiguranju je moguće zaključiti samo uz postojanje aktivnog ugovora o korišćenju usluga telekomunikacija sa "A1 Srbija" d.o.o.

Osiguranje po ovim Uslovima može se ugovoriti kao individualno ili grupni paket.

Individualno se odnosi samo na Osiguranika.

Grupni paket se odnosi na Osiguranika i članove istog domaćinstva i to:

- jedno lice starosti preko 21 godine i
- do petoro lica starosti do 21. godine.

OGRANIČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

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.

Osiguranje lica od posledica nesrećnog slučaja - nezgode i osiguranje prtljaga – teritorijalno pokriva ceo svet, izuzetno i na teritoriji R. Srbije uz odgovarajući dokaz o planiranom putovanju u inostranstvo (npr. potvrda rezervacije hotela, kampa, rezervacija trajekta u inostranstvu, itd.).

Osiguranje pomoći na putu važi na teritoriji zemalja članica sistema Zelene karte, izuzetno i na teritoriji R. Srbije uz odgovarajući dokaz o planiranom putovanju u inostranstvo (npr. potvrda rezervacije hotela, kampa, rezervacija trajekta u inostranstvu, itd.).

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 pokrivače šteta, popunjavanja rezervi i sl.) i doprinosa za preventivu. Režijski dodatak služi za pokrivače troškova sprovođenja osiguranja.

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

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

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

Ugovor o osiguranju prestaje ukoliko osiguranik raskine ugovor koji ima sa A1 ili ugasi svoj korisnički broj.

Ugovor o osiguranju prestaje ukoliko osiguranik prati instrukcije dobijene u aktivacionoj poruci u roku od pet sati od vremena aktivacije osiguranja. Sve troškove razmene podataka u romingu (u slučaju da ne koristi WIFI) snosi osiguranik.

U slučaju putničkog zdravstvenog osiguranja za vreme boravka u inostranstvu, Osiguranik može odustati od putovanja (usled opravdanih razloga: bolest, nedobijanje 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.

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

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

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

Ako Ugovarač osiguranja - Osiguranik premiju koje je dospela za naplatu ne plati po dospelosti, niti to učini bilo koje drugo zainteresovano lice, ugovor o osiguranju prestaje po isteku roka od 30 (trideset) dana od dana kada je Ugovaraču osiguranja uručeno preporučeno pismo Osiguravača sa obaveštenjem o dospelosti premije, s tim da taj rok ne može isteći pre nego što protekne 30 (trideset) dana od dospelosti premije osiguranja na plaćanje.

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

7. Rok u kome ponuda obavezuje društvo za osiguranje

Pismena ponuda učinjena Osiguravaču za zaključenje ugovora o osiguranju vezuje ponuđača, ako on nije odredio kraći rok, za vreme od osam dana od dana kad je ponuda prispela Osiguravaču. Ponuđač u tom roku ima pravo i na opoziv ponude. Ako Osiguravač u tom roku ne odbije ponudu, koja ne odstupi od uslova pod kojima on vrši predloženo osiguranje, smatra se da je prihvatio ponudu i da je ugovor zaključen dana kada je ponuda prispela Osiguravaču.

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

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

Kada nastane osigurani slučaj u vezi **putničkog zdravstvenog osiguranja** Osiguranik je obavezan da odmah pozove dežurni centar asistentske kompanije na broj telefona koji je odštampan na polisi ili drugom dokumentu u prilogu i prijavi podatke iz polise/sertifikata, razlog obračuna 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, a najkasnije u roku od 48 sati. 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 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 polisul/sertifikat 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 Osiguranika u inostranstvu i pokriti 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 ostvarenja 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.

Kada nastane osigurani slučaj u vezi **osiguranja od posledica nesrećnog slučaja- nezode** Osiguranik je obavezan da :

- se prema mogućnostima odmah prijavi lekaru, odnosno da pozove lekara radi pregleda i pružanja potrebne pomoći i da odmah preduzme sve potrebne mere radi lečenja kao i da se pridržava lekarskih saveta i uputa u pogledu načina lečenja
 - o nesrećnom slučaju pisanim putem obavesti osiguravača u roku kada mu to prema njegovom zdravstvenom stanju bude moguće
 - sa prijavom o nesrećnom slučaju pruži osiguravaču sva potrebna obaveštenja i podatke naročito o mestu i vremenu kada je slučaj nastao, potpuni opis događaja, ime lekara koji ga je pregledao ili koji ga leči, nalaz lekara o vrsti telesne povrede, o nastalim eventualnim posledicama, kao i podatke o telesnim manama, nedostacima i bolestima, koje je osiguranik eventualno imao još pre nastanka nesrećnog slučaja.
- Prijava nastalog osiguranog slučaja vrši se pismenim putem, na obrascu osiguravača.

Korisnik osiguranja je dužan da zajedno sa pismenom prijavom osiguravaču dostavi neophodnu dokumentaciju za utvrđivanje postojanja i visine obaveze osiguravača, i to:

1. Za slučaj smrti usled nezgode:
 - kopiju polise osiguranja,
 - potvrdu o putovanju sa dokazom o stvarnom početku i završetku putovanja,
 - dokaz o dešavanju nesrećnog slučaja,
 - kopiju otpusne liste, ako je osiguranik bio na bolničkom lečenju,
 - izveštaj lekara o uzroku smrti,
 - izvod iz matične knjige umrlih ,
 - rešenje o nasleđivanju,
 - drugu neophodnu dokumentaciju, po zahtevu osiguravača.
2. Za slučaj trajnog invaliditeta:
 - kopiju polise osiguranja,
 - potvrdu o putovanju, sa dokazom o stvarnom početku i završetku putovanja
 - dokaz o dešavanju nesrećnog slučaja,
 - medicinsku dokumentaciju o lečenju,
 - drugu neophodnu dokumentaciju, po zahtevu osiguravača.

Ukoliko na osnovu priložene medicinske dokumentacije lekar cenzor Osiguravača ne može pouzdano da utvrdi procenat invalidnosti osiguranika, Osiguravač o svom trošku može odrediti medicinsko veštačenje kod odgovarajućeg lekara cenzora ili komisije lekara cenzora, koji su ujedno i stalni sudski veštaci. Osiguravač je dužan da prilikom kazakivanja medicinskog veštačenja kod odgovarajućeg lekara cenzora ili komisije lekara cenzora vodi računa da mesto i vreme održavanja veštačenja odgovara i osiguraniku.

U slučaju da osiguranik ne postupi po predlogu Osiguravača i ne izvrši dodatni medicinski pregled u odgovarajućoj zdravstvenoj ustanovi odnosno kod odgovarajućeg lekara o trošku Osiguravača ili neopravdano ne dođe na kazakano medicinsko veštačenje, lekar cenzor Osiguravača će procenat invaliditeta i druga prava po zaključenom ugovoru o osiguranju utvrditi na osnovu raspoložive medicinske dokumentacije.

Ukoliko u tom slučaju osiguranik pokrene sudski ili vansudski postupak zbog pogrešno utvrđenog procenta invaliditeta, troškove veštačenja izvršenog bez odluke suda Osiguravač mu neće priznati.

Kada nastane osigurani slučaj u vezi **osiguranja prtljaga** Osiguranik je obavezan da odmah po nastanku štetnog događaja bez odlaganja, a najkasnije 24 sata od nastanka događaja prijavi štete nastale zbog krivičnog dela trećeg lica nadležnoj najbližjoj policijskoj stanici. Policijski zapisnik sa popisom svih izgubljenih ili oštećenih stvari treba dostaviti Osiguravaču, odnosno asistentskoj kompaniji zajedno sa pismenom prijavom štete najkasnije u roku od 30 (trideset) dana od dana nastanka osiguranog slučaja.

Štete na predatom prtljagu moraju se odmah bez odlaganja prijaviti licu pod čijom je obavezom i nadzorom bio (prevozniku ili organizaciji koja pruža usluge smeštaja), te se obavezno treba tražiti potvrda o tome od istih, koja se dostavlja Osiguravaču zajedno sa pismenom prijavom štete.

Ako se neka od obaveza iz prethodnih stavova ovog člana povredi namerno ili iz grube nepažnje, Osiguravač može da bude oslobođen obaveze isplate štete

Kada nastane osigurani slučaj u vezi **pomoći na putu** Osiguranik je obavezan da blagovremeno uputi telefonski poziv asistentskoj kompaniji.

U slučaju krađe vozila, Osiguranik je dužan krađu prijaviti policiji odmah, a najkasnije u roku od 48 sati od saznanja za krađu.

Osiguranik, pre upućivanja telefonskog poziva, ne sme samostalno rešavati nastali problem, osim u slučaju vanredne situacije sprečavanja nastanka veće štete, spasavanja života, odnosno ako zdravstveno stanje Osiguranika u slučaju saobraćajne nesreće to ne dozvoljava. Postojanje vanredne situacije Osiguranik mora potvrditi sa odgovarajućim dokazima. Na osnovu primljenih dokaza asistentska kompanija odlučuje o opravdanosti Osiguranikovog zahteva za nadoknadu. U slučaju da asistentska kompanija proceni da je u konkretnom slučaju postojala vanredna situacija, Osiguraniku se može naknadno priznati ugovorena prava po osnovu ovih Uslova.

Prilikom poziva upućenog asistentskoj kompaniji, Osiguranik je dužan obezbediti sledeće podatke:

- Ime, prezime i adresu Osiguranika, kao što je navedeno na sertifikatu,
- Broj sertifikata,
- Mesto gde se Osiguranik nalazi i telefonski broj kao i adresu na kojoj je moguće kontaktirati Osiguranika,
- Broj Osiguranika u vozilu,
- Kratak opis problema i vrstu pomoći za kojom Osiguranik ima potrebu.

Osiguranik je dužan da se, u slučaju nastanka osiguranog slučaja, pridržava uputstava asistentske kompanije. U slučaju da se Osiguranik ponaša u suprotnosti sa tim uputstvima, asistentska kompanija, odnosno Osiguravač, nije odgovoran za štetu koja nastane zbog toga. Troškove koji nadmašuju iznose ograničenja osiguranja, kao i nastale troškove koji nisu pokriveni ovim osiguranjem Osiguravač ne pokriva odnosno Osiguranik je dužan naknaditi ih iz sopstvenih sredstava.

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 traži 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
- online-popunjavanjem formulara na sajtu Osiguravača
- 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 osiguran 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 odštetnog zahteva, 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:

Aktionarsko društvo za osiguranje „DDOR Novi Sad“
Novi Sad, Bulevar Mihajla Pupina br.8
Tel. + 381 21 48 86 000
Imejl: 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. 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 osiguranika, 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 postredovanju.

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 proteka roka za njegovog dostavljanje.

Narodna banka Srbije neće razmatrati navode iz tog prigovora:

- Ako korisnik nije predthodno 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 proteka 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.