

PO/Než- DZO-BVIL/ver 1/01062022

## OBAVEŠTENJE O PREDUGOVORNIM INFORMACIJAMA

### Kombinovano dopunsko, dodatno i privatno individualno dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vanbolničko lečenje

Obaveštenje o predugovornim informacijama uručuje se korisniku usluge osiguranja blagovremeno, pre zaključenja ugovora o osiguranju, u skladu sa članom 82. Zakona o osiguranju („Službeni glasnik RS“ br. 139/2014 i 44/2021). Sve informacije iz tog obaveštenja date korisniku usluge osiguranja biće sadržane i u ugovoru o osiguranju i uslovima osiguranja koji se odnose na konkretnu uslugu osiguranja.

Korisnik usluge osiguranja ima pravo da primi Obaveštenje o predugovornim informacijama, a osiguravač/zastupnik u osiguranju obavezu da to obaveštenje uruči pre zaključenja ugovora o osiguranju.

#### 1. PODACI O DRUŠTVU ZA OSIGURANJE

<b>Poslovno ime:</b> Triglav Osiguranje <b>a.d.o. Beograd</b> <b>Pravna forma:</b> akcionarsko društvo za osiguranje <b>Sedište:</b> Republika Srbija, Beograd <b>Adresa sedišta:</b> Novi Beograd, Milutina Milankovića 7a	<b>Broj telefona za korisnike usluga osiguranja:</b> 0113305150 <b>Email adresa:</b> <a href="mailto:office@triglav.rs">office@triglav.rs</a> <b>Internet stranica:</b> <a href="http://www.triglav.rs">www.triglav.rs</a>
---	--

#### 2. OPIS GLAVNIH KARAKTERISTIKA USLUGE OSIGURANJA

##### A) RIZICI POKRIVENI OSIGURANJEM, ISKLJUČENJA I VREME VAŽENJA UGOVORA

**2.1 Uslovi osiguranja i pravo koje se primenjuje na ugovor o osiguranju** Imate pravo da se blagovremeno, pre zaključenja ugovora o osiguranju, upoznate sa uslovima osiguranja koji se primenjuju na taj ugovor.

Na ugovor o osiguranju primenjuju se Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje a US-DZO/20-03 (u daljem tekstu: Opšti uslovi) i Posebni uslovi za kombinovano dopunsko, dodatno i privatno individualno dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vanbolničko lečenje PU-DZO-BVIL/20-03 (u daljem tekstu: Posebni uslovi). Na ugovor o osiguranju primenjuju se i ostale imperativne odredbe Zakona o obligacionim odnosima dok se dispozitivne odredbe primenjuju ukoliko pojedina pitanja na koja se odnose, nisu drugačije regulisana navedenim uslovima. Na prava i obaveze iz ugovora o osiguranju primenjuje se pravo Republike Srbije. **2.2 Rizici pokriveni osiguranjem**

Troškovi koje je potrebno izmiriti zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, drugom davaocu zdravstvenih usluga ili osiguranom licu u slučaju budućeg neizvesnog događaja kada je nad osiguranim licem usled poremećaja zdravstvenog stanja (bolesti ili povrede) izvršen medicinski opravdan tretman, koji je predmet ugovora o osiguranju, troškovi lečenja hitnog stomatološkog tretmana nastalog kao posledica nezgode, a samo ako je posebno ugovoreno i plaćena dodatna premija i troškovi: 1. sistematskih pregleda,

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

Osiguravač nije u obavezi da isplati naknadu iz osiguranja u sledećim slučajevima:

- ukoliko je osiguranik dao netačne i neistinite podatke, odnosno prikrivao važne okolnosti od značaja za zaključenje ugovora o osiguranju;
- ukoliko ugovarač, odnosno osiguranik ne plati dospelu premiju osiguranja do ugovorenog roka, niti to za njega učini neko drugo lice; - u slučaju zloupotrebe polise osiguranja, odnosno isprave;
- ukoliko je prekoračen obim ugovorenih zdravstvenih usluga i visina troškova;
- ako je odštetni zahtev zasnovan na lažnim podacima i lažnoj dokumentaciji; - ukoliko su predmet odštetnog zahteva troškovi za organizovanje i sprovođenje za preventivne programe vakcinacija, imunoprofilakse i hemoprofilakse;

- za naknadu troškova zdravstvene zaštite i isplatu naknade pokrivenih obaveznim zdravstvenim osiguranjem, osim kod privatnog zdravstvenog osiguranja.

##### 2.3 Isključenja u vezi sa rizicima koji su pokriveni osiguranjem

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:

- Reproduktivnim tretmanom
- Hirurškim zahvatima transplantacije organa i tkiva, bez obzira da li je Osiguranik primalac ili donor
- Hirurškim zahvatima po ličnoj želji, implantatima i korektivnim medicinsko – tehničkim pomagalima
- Cirkumcizija (obrezivanje) – ako nije medicinski indikovana;
- Nabavkom slušnih aparata;
- Korišćenjem kapaciteta hitne službe pružaoca zdravstvene usluge za slučajeve koji nisu hitan medicinski slučaj;
- Ambijentalnom terapijom radi odmora i/ili posmatranja;
- Terapijskim postupcima odvikavanja od zavisnosti bilo koje vrste;
- Uslugama ili tretmanima u okviru bolničkog lečenja u svim objektima za dugoročnu negu, hidroklinikama, stacionarnim zdravstvenim ustanovama specijalizovanim za rehabilitaciju (banje), sanatorijumima ili domovima za stare

(gerijatrijske ustanove) koji se ne smatraju bolnicama;

- Svim troškovima krioprezervacije i implantacije ili reimplantacije živih ćelija;
- 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 stopala ili spuštenih tabana i tarzalgijske ili metatarzalgijske;
- Svim troškovima u vezi sa konkretnim ozledama stopala kao što su: žuljevi, kurje oči i hiperkeratoza, nokti na stopalima ili čukljevi;
- Tretmanom smanjenja telesne težine ili programom smanjenja telesne težine, operacijom ugradnje gastričnog balona, nutricionističkim savetima, obukom u vezi sa ishranom;
- Tretmanima za podmlađivanje;
- Svim vrstama masaže koje nije prepisao ovlašćeni lekar u sklopu fizikalne terapije (npr. relaksacione masaže i druge vrste masaža u estetske svrhe);
- Terapijama vežbanjem, izuzev kineziterapije, bez obzira da li ih je propisao ovlašćeni lekar;
- Dugotrajnom rehabilitacionom terapijom (koja traje duže od mesec dana), bez obzira da li ju je propisao ovlašćeni lekar;
- Nadoknadama za lečenje koja pružaju lica koja nemaju dozvolu za obavljanje zdravstvene delatnosti;
- Uslugama, preparatima i sredstvima koje nije prepisao ovlašćeni lekar i koji nisu namenjeni lečenju osiguranog lica;
- Zdravstvenim uslugama bez odobrenja ovlašćenog lekara osiguranog lica, izuzev kada se radi o tretmanu u hitnim medicinskim informisan o tretmanu pa može da podrži odštetni zahtev;
- Ekperimentalnim medicinskim tretmanom
- Ostalim troškovima koji podrazumevaju: sve troškove koji su iznad standardnih i uobičajenih troškova u smislu ovih Posebnih uslova;

- sve troškove za dodatna osiguravajuća pokrivača 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, dodaci ishrani, medicinski preparati koji se koriste za toaletu sluznica prirodnih otvora, lekovite trave, lekovi za prehladu, lekovi u eksperimentalnoj i istraživačkoj fazi, lekovi i mineralna voda, medicinska vina, hranjivi preparati i sredstva za jačanje imuniteta, antiseptička sredstva za lokalnu upotrebu, 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 retira kao dom ili stalno boravište osiguranog lica;
- sve nemedicinske troškove;
- troškove u vezi sa medicinskim tretmanom nastale nakon datuma isteka polise, a koji su rezultat nezgoda, bolesti ili trudnoće u toku osiguravajuće godine, izuzev ako je polisa obnovljena, li 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 pokriće 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;
- 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;

23. Tretmanom malokluzivnog ili temporomandibularnog oboljenja

24. Bolničkim lečenjem u zdravstvenoj ustanovi, bolnicama, odeljenju ili sličnoj stacionarnoj ustanovi za mentalno zdravlje.

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 bolničko lečenje, a posledica je prethodnog zdravstvenog stanja kod lica pre prvog uključivanja u osiguranje;

3. kod svih dopunskih pokrića definisanih članom 14. ovih uslova, ukoliko nije ugovorena i plaćena dodatna premija;

4. Osiguravač neće nadoknaditi troškove prevoza do ustanove u Mreži zdravstvenih ustanova;

5. 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 namere ili krajnje nepažnje osiguranog lica, uključujući i nesreće u saobraćaju;

2. kao posledica učešća u izvršenju krivičnog dela od strane osiguranog lica;

3. stanja pod uticajem alkohola, narkotika i opijata; 4. kao posledica namerne radnje osiguranog lica kao što su:

samoubistva, pokušaja 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, jedriličarstvo, speleologija, planinarjenje, 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, neprijateljstva, 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.

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:

1. hronična šećerna bolest s komplikacijama,
2. Alchajmerova bolest,
3. aneurizma moždanih arterija i velikih arterija sistemske cirkulacije,
4. angina pectoris,
5. stanje nakon kardio-vaskularnog infarkta (infarkta) s funkcionalnim poremećajima,
6. ciroza jetre,
7. tumori mozga s neuralnim ispadima,
8. hronična bubrežna insuficijencija umerenog i težeg stepena,
9. maligne bolesti svih organa,
10. multipla skleroza,
11. oboljenje motornih neurona,
12. paraliza/paraplegija,

13. Parkinsonova bolest,

14. hronično oboljenje pluća,

15. mišićna distrofija,

16. presenilna demencija,

17. reumatski artritis,

18. duševni poremećaji,

19. epilepsija,

20. AIDS-om, kompleksnim sindromom u vezi s AIDS-om (ARCS) i svim bolestima uzrokovanim virusom HIV-a i /ili u vezi s njim.

-u toku perioda čekanja (karenca)

#### 2.4 Visina i način plaćanja premije osiguranja

Premiju osiguranja čine: Funkcionalna premija

- 60%

Režijski dodatak - 40%

Premija individualnog i porodičnog osiguranja zavisi od ugovorenih osiguravajućih pokrića dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i starosne grupe. Pristupna starost se dobija kada se od godine početka osiguranja oduzme godina rođenja osiguranika. Premija za porodično osiguranje računa se za svakog člana porodice

#### 2.5 Visina doprinosa, poreza i drugih troškova koji se obračunavaju pored premije osiguranja

Doprinosi: 0

Porezi: 0% (porez na neživotna osiguranja)

Drugi troškovi: 0

#### 2.6. Ukupan iznos plaćanja (2.4 i 2.5)

Podaci o visini premije osiguranja, načinu plaćanja, visini doprinosa, i drugih troškova koji se obračunavaju pored premije osiguranja, saopšteni su Ugovaraču i navedeni u informativnom obračunu premije/polisi osiguranja.

Na polisi osiguranja iskazan je:

- iznos premije neživotnog osiguranja

#### 2.7 Vreme važenja ugovora

Ugovor o osiguranju može se zaključiti sa određenim ili neodređenim rokom trajanja, najmanje na 12 (dvanaest) meseci, osim u slučajevima:

1. kada svojstvo obaveznog osiguranika traje kraći period u skladu sa propisima kojima se uređuje obavezno i dobrovoljno zdravstveno osiguranje, s tim da je Ugovarač dužan da obavesti Osiguravača kada Osiguraniku prestane svojstvo obavezno osiguranog lica,

2. kada se ugovara privatno dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

Ugovor o osiguranju može biti ugovoren sa sledećim periodom trajanja:

1. kratkoročnim:

2. jednako („=“) 12 (dvanaest) meseci kod dopunskog i dodatnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;

3. manje ili jednako („≤“) 12 (dvanaest) meseci kod privatnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;

a. dugoročnim – sa neodređenim rokom trajanja;

b. višegodišnjim – sa određenim rokom trajanja.

Obaveza Osiguravača počinje istekom 24.00-tog sata dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja, pod uslovom da je plaćena premija, ili rata premije, osim ako nije drugačije ugovoreno.

Ako prva ugovorena premija nije plaćena do dana koji je u polisi 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, osim ako nije drugačije ugovoreno.

Obaveza Osiguravača prestaje istekom 24.00-tog sata dana koji je u polisi označen kao dan isteka osiguranja, odnosno u drugim slučajevima predviđenim Posebnim i Opštim uslovima.

Ugovor o osiguranju prestaje za svakog pojedinog osiguranika u 24.00 časa bez obzira na ugovoreno trajanje u slučaju :

- smrti osiguranika – danom smrti;
- gubitka statusa osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju – danom gubitka statusa;
- kod privatnog zdravstvenog osiguranja-dobijanjem statusa obavezno osiguranog lica i to danom dobijanja statusa
- neplaćanja premije;
- drugim slučajevima u skladu sa propisima, opštim i posebnim uslovima Osiguravača.

#### B) DRUGA PRAVA I OBAVEZE IZ UGOVORA

## 2.8 Pravo na raskid ugovora i uslovi za raskid U

skladu sa Zakonom o obligacionim odnosima.

## 2.9 Pravo na odustanak od ugovora

/

## 2.10. Rok u kojem ponuda obavezuje društvo za osiguranje

Ponuda Osiguravača je informativnog karaktera i nije obavezujuća.

## 2.11. Način i rok podnošenja 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 i medicinski obrazovanom licu Medicinskog kontakt centra Osiguravača odgovori na postavljena pitanja u vezi sa svojim trenutnim zdravstvenim stanjem radi realizacije ugovora o osiguranju. Medicinski kontakt centar Osiguravača predstavlja telefonsku službu Osiguravača koja upućuje osiguranika u zdravstvenu ustanovu u Mreži, preko koje se zakazuje datum, vreme i vrsta zdravstvene usluge.

Pregled zdravstvenih ustanova u Mreži objavljen je na web stranici Osiguravača [www.triglav.rs/medicinskeustanove](http://www.triglav.rs/medicinskeustanove)

Ukoliko osiguranik koristi usluge zdravstvenih ustanova van Mreže zdravstvenih ustanova, troškove medicinskih tretmana plaća sam, a zahtev za refundaciju istih dostavlja Osiguravaču.

Ukoliko osiguranik koristi usluge zdravstvenih ustanova van Mreže zdravstvenih ustanova, troškove medicinskih tretmana plaća sam, a zahtev za refundaciju istih dostavlja Osiguravaču.

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

1. obrazac prijave osiguranog slučaja u kom je naveden datum i vreme pozivanja Medicinskog kontakt centra Osiguravača
2. medicinski izveštaj sa navedenom dijagnozom
3. propisan recept za lekove/pomagala od strane ovlašćenog lekara
4. original račun za medicinske usluge
5. fotokopiju isprave dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja
6. fotokopiju lične karte ili očitano ličnu kartu
7. broj tekućeg računa

## 2.12. Način zaštite prava i interesa korisnika usluge osiguranja kod društva za osiguranje

Ugovarač osiguranja svoja prava i interese može da zaštiti upućivanjem prigovora lično ili preko punomoćnika u pismenoj formi i to:

u svim poslovnim prostorijama Triglav Osiguranja a.d.o. Beograd u kojima Društvo pruža usluge iz osiguranja; popunjavanjem online formulara na našem web sajtu; slanjem prigovora poštom na adresu: Triglav Osiguranje a.d.o. Beograd, ul. Milutina Milankovića br. 7a, Novi Beograd; elektronskom poštom, slanjem e-mail-a na adresu [prigovor@triglav.rs](mailto:prigovor@triglav.rs) Društvo za osiguranje nije dužno da razmatra usmeno izjavljene prigovore.

Prigovor mora da sadrži sledeće podatke i dokumentaciju: ime, prezime i adresu podnosioca prigovora - fizičkog lica, odnosno poslovno ime, sedište i ime I prezime zakonskog zastupnika/ovlašćenog lica - pravnog lica i preduzetnika; razloge za prigovor i zahtev podnosioca prigovora; dokaze kojima se potkrepljuju navodi iz prigovora; datum podnošenja prigovora;

potpis podnosioca prigovora, odnosno njegovog zastupnika ili punomoćnika (osim kada se prigovor podnosi u elektronskoj formi); posebno punomoćje za zastupanje ako je prigovor podneo punomoćnik - uz prigovor koji se dostavlja preko punomoćnika, dostavlja se i posebno punomoćje kojim korisnik usluge osiguranja ovlašćuje punomoćnika da u njegovo ime i za njegov račun podnese prigovor na rad tačno određenog društva za osiguranje i da preuzima radnje u postupku po tom prigovoru, te kojim korisnik usluge osiguranja daje odobrenje da se tom punomoćniku učine dostupnim podaci koji se odnose na njega a predstavljaju podatke o ličnosti u smislu zakona kojim se uređuje zaštita podataka o ličnosti, odnosno tajne podatke u smislu drugih zakona, odnosno propisa.

Društvo za osiguranje je dužno da podnosiocu prigovora pismeno odgovori na navode iz prigovora u roku od 15 dana od dana prijema prigovora uz mogućnost produženja roka.

## 2.13 Sedište i adresa Narodne banke Srbije, koja je nadležna za nadzor nad poslovanjem društava za osiguranje, kao i način zaštite prava i interesa korisnika usluge osiguranja kod Narodne banke Srbije

Narodna banka Srbije, Sektor za zaštitu i edukaciju korisnika finansijskih usluga Nemanjina 17 11000 Beograd

Odlukom o postupku po prigovoru korisnika usluge osiguranja ("Sl. glasnik RS", br. 87/2021) bliže je uređen način zaštite prava i interesa osiguranika, ugovarača 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 na rad društva za osiguranje, društva za posredovanje u osiguranju, društva za zastupanje u osiguranju, kao i banke, davaoca finansijskog lizinga i javnog poštanskog operatora koji poslove zastupanja u osiguranju obavljaju na osnovu prethodne saglasnosti Narodne banke Srbije (davalac usluge osiguranja) podneti prigovor Narodnoj banci Srbije. Korisnik usluge osiguranja može podneti prigovor Narodnoj banci Srbije ako se pre toga pismenim prigovorom obraćao davaocu usluge osiguranja i nije bio zadovoljan njegovim odgovorom ili mu davalac usluge osiguranja nije pismeno odgovorio na taj prigovor u propisanom roku – najkasnije 15 dana od dana prijema prigovora, odnosno u dodatnom roku od najviše 15 dana kada davalac usluge osiguranja ne može da dostavi odgovor iz razloga koje ne zavise od njegove volje.

Korisnik usluge osiguranja može podneti prigovor Narodnoj banci Srbije u roku od šest meseci od dana prijema odgovora davaoca usluge osiguranja ili proteka roka za njegovo dostavljanje.

Pored navedenog, ako podnosilac prigovora nije zadovoljan odgovorom davaoca usluge osiguranja ili mu taj odgovor nije dostavljen u propisanom roku, sporni odnos između korisnika usluge osiguranja i davaoca usluge osiguranja može se rešiti u vansudskom postupku – postupku posredovanja. Korisnik može podneti predlog za posredovanje Narodnoj banci Srbije uz obavezno navođenje roka za njegovo 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.

Prigovor, odnosno predlog za posredovanje podnosi se na adresu:

Narodna banka Srbije – Sektor za zaštitu i edukaciju korisnika finansijskih usluga Nemanjina 17, 11000 Beograd ili preko internet prezentacije Narodne banke Srbije: NBS | Prigovor na rad davaoca usluge osiguranja.

## 3. POSEBNE INFORMACIJE KOJE SE ODNOSE NA KOLEKTIVNO OSIGURANJE U

saradnji sa Osiguravačem, Ugovarač osiguranja će/je pre zaključivanja ugovora na primeren način obavestiti/o osigurana lica o predugovornim informacijama koje se odnose na ovo individualno/porodično osiguranje, a dužan je da mu obezbedi i uslove osiguranja, kao i da Osiguravaču dostavi dokaz o tome.

## 4. ZAKLJUČENJE UGOVORA PREKO ZASTUPNIKA U OSIGURANJU

U slučaju zaključenja ugovora o osiguranju preko zastupnika u osiguranju, imate pravo, a taj zastupnik obavezu, da Vam pored ovog obrasca uruči i obrazac „Informacija o zastupniku u osiguranju“.

## 5. ZAŠTITA PODATAKA O LIČNOSTI

Akcionarsko društvo za osiguranje „Triglav Osiguranje“ Beograd, sa registrovanim sedištem na adresi Novi Beograd, Milutina Milankovića 7a, matični broj 07082428, u svojstvu rukovaoca podataka o ličnosti i u smislu davanja punovažnog pristanka na obradu podataka o ličnosti, dostavlja obaveštenja u skladu sa zakonom kojim se uređuje zaštita podataka o ličnosti, kako sledi: - Kontakt podaci lica za zaštitu podataka o ličnosti u Društvu: [dpo@triglav.rs](mailto:dpo@triglav.rs) - Predmet obrade su podaci o ličnosti i posebne vrste podataka sadržani u ugovoru o osiguranju i dokumentaciji na osnovu koje je ugovor zaključen.

- Svrha prikupljanja i dalje obrade podataka jeste formiranje ponude, zaključenje ugovora o osiguranju, kao i izvršavanje prava i obaveza preuzetih zaključenjem ugovora o osiguranju.

- Podaci se koriste i obrađuju na sledeće načine: prikupljanjem, beleženjem, razvrstavanjem, grupisanjem, odnosno strukturisanjem, pohranjivanjem, upodobljavanjem ili menjanjem, otkrivanjem, uvidom, upotrebom, otkrivanjem prenosom, odnosno dostavljanjem, umnožavanjem, širenjem ili na drugi način činjenje dostupnim, upoređivanjem, ograničavanjem, brisanjem ili uništavanjem. Obrada se vrši automatizovano ili neautomatizovano. O prikupljenim podacima, Društvo vodi odgovarajuću evidenciju, strukturisani skup podataka o ličnosti koji je dostupan u skladu sa posebnim kriterijumima, odnosno zbirke podataka, u skladu sa zakonom.

- Primaoci podataka su Narodna banka Srbije, drugi državni organi po osnovu svojih javnih ovlašćenja, ovlašćene revizorske kuće, Udruženje osiguravača Srbije, saosiguravači, reosiguravači, posrednici i zastupnici u osiguranju,

asistentske kuće i pružaoci zdravstvenih usluga, kao i druga lica po osnovu zaključenog ugovora.

- Obrađivači podataka su po osnovu Ugovora Zavarovalnica Triglav d.d. Ljubljana,

Miklošičeva cesta 19, Triglav i Zdravstvena zavarovalnica, d.d., sa registrovanim sedištem na adresi Koper, Pristaniška ulica 10, 6000 Koper – Capodistria, Republika Slovenija, koja po nalogu i u ime Društva obrađuje podatke o ličnosti, u skladu sa zakonom koji uređuje oblast zaštite ličnih podataka.

- Pravni osnovi obrade su zakon i ugovor o osiguranju.

- Lice na koje se podaci o ličnosti odnose ima pravo da od Rukovaoca zahteva pristup, ispravku, dopunu ili brisanje njegovih podataka o ličnosti, odnosno ima pravo na ograničenje obrade u slučaju osporavanja tačnosti odn. nezakonite obrade, pravo na prigovor licu zaduženom za zaštitu podataka o ličnosti, kao i pravo na prenosivost podataka. U slučaju nedozvoljene obrade podataka, lice na koje se podaci o ličnosti odnose ima pravo da se obrati Povereniku za informacije od javnog značaja i zaštitu podataka o ličnosti pritužbom, i ima pravo na sudsku zaštitu.

- Prikupljeni podaci se obrađuju i čuvaju u skladu sa svrhom prikupljanja, odnosno u skladu sa zakonskim propisima o rokovima čuvanja dokumentacije i podataka.

**Ovaj dokument čini sastavni deo ponude i polise osiguranja.**