

US-DZO/13-08 i PU-DZO-BVKL/16-07

Informacije za ugovarača osiguranja koje se u skladu sa Zakonom o osiguranju dostavljaju pre zaključenja ugovora o osiguranju odnosno pri izmenama, dopunama ili produženju Ugovora o osiguranju

Podaci Društva za osiguranje (čl.82.st.1.tač.1.)

Poslovno ime, pravna forma, sedište i adresa sedišta društva za osiguranje: Akcionarsko društvo za osiguranje Triglav Osiguranje Beograd, Milutina Milankovića 7a, 11070 Novi Beograd, MB: 07082428, PIB 10000555

Opis glavnih karakteristika proizvoda Kombinovano paralelno, dodatno i privatno kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vanbolničko i bolničko lečenje

Uslovi osiguranja i pravo koje se primenjuje na ugovor o neživotnom osiguranju (čl.82.st.1.tač.2.)

Na ugovor o osiguranju primenjuju se Opšti uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja US-DZO/13-08 (u daljem tekstu: Opšti uslovi) i Posebni uslovi za kombinovano paralelno, dodatno i privatno kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vanbolničko lečenje PU-DZO-BVKL/16-07 (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.

Vreme važenja ugovora (čl.82.st.1.tač.3.)

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 paralelnog 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.

Rizici pokriveni osiguranjem i isključenja u vezi s tim rizicima (čl.82.st.1.tač.4.)

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,
2. oftalmoloških usluga,
3. stomatoloških usluga,
4. fizikalne terapije,
5. 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 prikrrio 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.

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. Reproduktivnim tretmanom
2. Hirurškim zahvatima transplantacije organa i tkiva, bez obzira da li je Osiguranik primalac ili donor
3. Hirurškim zahvatima po ličnoj želji, implantatima i korektivnim medicinsko – tehničkim pomagala
4. cirkumcizija (obrezivanje) – ako nije medicinski indikovana;
5. Nabavkom slušnih aparata;
6. Korišćenjem kapaciteta hitne službe pružaoca zdravstvene usluge za slučajeve koji nisu hitan medicinski slučaj;
7. Ambijentalnom terapijom radi odmora i/ili posmatranja;
8. Terapijskim postupcima odvikavanja od zavisnosti bilo koje vrste;
9. 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;
10. Svim troškovima krioprezervacije i implantacije ili reimplantacije živih ćelija;
11. 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 tarzalgije ili metatarzalgije;
12. Svim troškovima u vezi sa konkretnim ozledama stopala kao što su: žuljevi, kurje oči i hiperkeratoza, nokti na stopalima ili čukljevi;
13. Tretmanom smanjenja telesne težine ili programom smanjenja telesne težine, operacijom ugradnje gastričnog balona, nutricionističkim savetima, obukom u vezi sa ishranom;
14. Tretmanima za podmlađivanje;
15. Svim vrstama masaže koje nije prepisao ovlašćeni lekar u sklopu fizikalne terapije (npr. relaksacione masaže i druge vrste masaža u estetske svrhe);
16. Terapijama vežbanjem, izuzev kineziterapije, bez obzira da li ih je propisao ovlašćeni lekar;
17. Dugotrajnom rehabilitacionom terapijom (koja traje duže od mesec dana), bez obzira da li ju je propisao ovlašćeni lekar;
18. Nadoknadama za lečenje koja pružaju lica koja nemaju dozvolu za obavljanje zdravstvene delatnosti;
19. Uslugama, preparatima i sredstvima koje nije prepisao ovlašćeni lekar i koji nisu namenjeni lečenju osiguranog lica;
20. 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;
21. Eksperimentalnim medicinskim tretmanom
22. Ostalim troškovima koji podrazumevaju:

sve troškove koji su iznad standardnih i uobičajenih troškova u smislu ovih Posebnih uslova;

- sve troškove za dodatna osiguravajuća pokrića 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, lekovita 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 tretira 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 medicinski 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, 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;

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)

Informacije vezane za premiju osiguranja (čl.82.st.1.tač.5.)

Visinu premije osiguranja određuje Osiguravač u skladu sa tarifom premije (u daljem tekstu: tarifa) i propisima koji regulišu oblast dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja; Osiguravač ne može povećati visinu premije osiguranja u periodu za koji je zaključen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. Izuzetno, kod ugovora zaključenih na više godina premija osiguranja može se promeniti posle isteka perioda od 12 meseci od dana zaključivanja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno na svakih 12 meseci do isteka roka na koji je ugovor o osiguranju zaključen.

Ugovarač osiguranja dužan je da Osiguravaču plaća premiju osiguranja uredno o dospelosti, u rokovima utvrđenim ugovorom, odnosno polisom osiguranja.

Ako je ugovoreno da se godišnja premija plaća u polugodišnjim, tromesečnim ili mesečnim ratama, Osiguravač ima pravo na premiju osiguranja za celu godinu trajanja osiguranja, izuzetno u slučaju prekida osiguranja usled smrti osiguranika, Osiguravaču pripada premija do dana do kojeg je trajalo osiguranje.

Osiguravač ima pravo da ugovaraču osiguranja zaračuna zakonsku zateznu kamatu za svaki dan prekoračenja roka u kome je dužan da plati dospelu premiju osiguranja.

Prva ugovorena premija osiguranja, odnosno prva rata premije dospeva do dana početka ugovora o osiguranju.

Svaka naredna rata premije osiguranja dospeva zadnjeg dana tekućeg vremenskog perioda (polugodišnje, tromesečno, mesečno) za naredni vremenski period.

Uplata zaostale rate premije uvek se odnosi na prvu neplaćenu ratu premije a Osiguravač ima pravo da neplaćene dospele premije i zateznu kamatu naplati prilikom bilo koje isplate po osnovu predmetnog ugovora o osiguranju.

Smatra se da je premija osiguranja plaćena onog dana kada je uplata evidentirana na računu Osiguravača.

Osiguravač je obavezan da prihvati plaćenu premiju osiguranja i od svakog lica koje ima pravni interes da premiju osiguranja plati.

Pravo na raskid ugovora i uslovi za raskid, odnosno pravo na odustanak od ugovora (čl.82.st.1.tač.6.)

U skladu sa Zakonom o obligacionim odnosima.

Rok u kome ponuda obavezuje društvo za osiguranje (čl.82.st.1.tač.7.)

8 (osam) dana od dana kada je Osiguravač primio ponudu, a ako je potreban lekarski pregled rok je 30 (trideset) dana.

Način podnošenja i rok propisan za podnošenje odštetnog zahteva i za ostvarivanje prava po osnovu osiguranja (čl.82.st.1.tač.8.)

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.

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

Način zaštite prava i interesa ugovarača kod društva za osiguranje (čl.82.st.1.tač.9.)

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

Društvo za osiguranje nije dužno da razmatra usmeno izjavljene prigovore.

Sadržina prigovora

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);
- punomoć za zastupanje ako je prigovor podneo punomoćnik.

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.

Naziv, sedište i adresa organa nadležnog za nadzor nad poslovanjem društva za osiguranje i način zaštite prava i interesa ugovarača osiguranja kod ovog organa (čl.82.st.1.tač.10.)

Narodna banka Srbije, Sektor za nadzor nad obavljanjem delatnosti osiguranja ili Centar za zaštitu i edukaciju korisnika finansijskih usluga, Nemanjina br. 17, 11000 Beograd.

Zaštita prava i interesa kod NBS-a može se ostvariti podnošenjem i razmatranjem prigovora/obaveštenja i sprovođenjem postupka posredovanja – medijacije (www.nbs.rs).

Obaveštenje o obradi podataka o ličnosti i naročito osetljivih podataka

Društvo za osiguranje, sa podacima o svom identitetu, adresi i firmi kako je navedeno u tački 1. ove predugovorne Informacije, u svojstvu rukovaoca ličnih i naročito osetljivih podataka i u smislu davanja punovažne saglasnosti druge ugovorne strane na obradu ličnih podataka, dostavlja prethodna obaveštenja u skladu sa zakonom kojim se uređuje zaštita podataka o ličnosti, kako sledi:

Predmet obrade su lični i naročito osetljivi podaci sadržani u ugovoru o osiguranju i dokumentaciji na osnovu koje je ugovor zaključen. Svrha prikupljanja i dalje obrade podataka jeste izvršavanje zakonskih obaveza, ostvarivanje prava i izvršavanje obaveza preuzetih zaključenjem ugovora o osiguranju, kao i sprovođenje marketinških aktivnosti. Podaci se koriste i obrađuju na sledeće načine: prikupljanjem, beleženjem, prepisivanjem, umnožavanjem, kopiranjem, prenošenjem, pretraživanjem, razvrstavanjem, pohranjivanjem, razdvajanjem, stavljanjem na uvid, organizovanjem, čuvanjem i na druge načine uskladu sa zakonom. Obrada se vrši automatski, poluautomatski i ručno. O prikupljenim podacima, rukovalac vodi i prijavljuje zbirke podataka u skladu sa zakonom.

Korisnik podataka je Triglav Osiguranje a.d.o. Beograd i Grupa Triglav. Podaci se mogu izneti iz Republike Srbije u državu članicu Konvencije o zaštiti lica u odnosu na automatsku obradu ličnih podataka Saveta Evrope.

Pravni osnov obrade je zakon i saglasnost (pristanak na obradu). Pristanak na obradu se može opozvati pisanim putem, u kom slučaju rukovalac ima pravo na nadoknadu opravdanih troškova i štete koja nastane u slučaju opoziva.

U slučaju nedozvoljene obrade podataka, ugovorna strana ima pravo na ispravku, dopunu, ažuriranje i brisanje podataka. Pravo na prekid i privremenu obustavu obrade može se ostvariti ako je osporena tačnost, potpunost i ažurnost podataka, kao i pravo da se ti podaci označe kao osporeni, dok se ne utvrdi njihova tačnost, potpunost i ažurnost.

Prikupljeni podaci se obrađuju i čuvaju dok postoji potreba, odnosno u skladu sa zakonskim propisima o rokovima čuvanja dokumentacije i podataka.

Saglasnost (pristanak na obradu) daje se nakon prethodno datog obaveštenja o obradi i pismeno potvrđuje potpisom na Izjavi i ugovoru o osiguranju.

Ovaj dokument čini sastavni deo ponude i polise osiguranja.