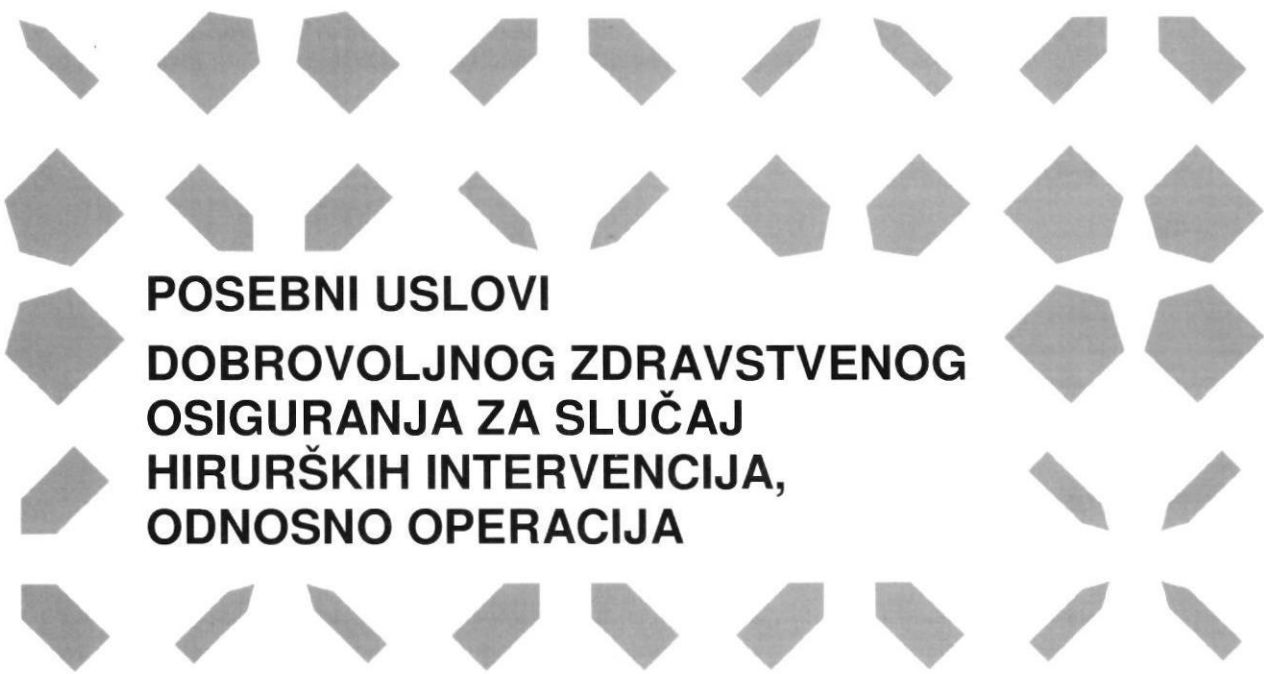




DDOR-RS-PUO-11-0420

A decorative border of various grey geometric shapes, including pentagons, hexagons, and trapezoids, surrounds the central text. The shapes are arranged in a somewhat regular grid pattern, with some shapes overlapping or pointing towards the center.

**POSEBNI USLOVI  
DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG  
OSIGURANJA ZA SLUČAJ  
HIRURŠKIH INTERVENCIJA,  
ODNOSNO OPERACIJA**

U skladu sa čl. 177-180. Zakona o zdravstvenom osiguranju („Službeni glasnik RS“, broj 25/2019) i članom 50. stav 1. tačka 5. Statuta Akcionarskog društva za osiguranje „DDOR Novi Sad“ Novi Sad, Izvršni odbor Akcionarskog društva za osiguranje “DDOR Novi Sad” Novi Sad, u postupku odlučivanja van sednice, elektronskim putem, dana 10.04.2020. godine, doneo je

## **POSEBNE USLOVE ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ZA SLUČAJ HIRURŠKIH INTERVENCIJA, ODNOSNO OPERACIJA**

### **OPŠTE ODREDBE**

#### **Član 1.**

- (1) Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za slučaj hirurških intervencija, odnosno operacija (u daljem tekstu: Posebni uslovi), sastavni su deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj hirurških intervencija, odnosno operacija koji ugovarač zaključuje sa “DDOR- om Novi Sad” a.d.o. Novi Sad ( u daljem tekstu: osiguravač).
- (2) Ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: ugovarač) je pravno ili fizičko lice, kao i drugi pravni subjekt koji u ime i za račun osiguranika, odnosno u svoje ime i za račun osiguranika zaključuje ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju i koji se obavezao na uplatu premije osiguranja iz svojih sredstava ili na teret sredstava osiguranika.
- (3) Dobrovoljno zdravstveno osiguranje za slučaj hirurških intervencija, odnosno operacija je vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kojim se ugovara isplata ugovorene novčane naknade, kada nastupi osigurani slučaj koji je obuhvaćen osiguranjem prema ovim Posebnim uslovima. Međusobna prava i obaveze iz ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju uređuju se Opštim uslovima za dobrovoljno zdravstveno osiguranje, ovim Posebnim uslovima i ugovorom o osiguranju – polisom osiguranja.

### **SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE**

#### **Član 2.**

- (1) Po ovim Posebnim uslovima mogu se osigurati lica koja imaju svojstvo osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju, u skladu sa propisima koji uređuju obavezno zdravstveno osiguranje, Opštim uslovima za dobrovoljno zdravstveno osiguranje i ovim Posebnim uslovima.
- (2) Lica koja predstavljaju uvećani rizik zbog zdravstvenog statusa, odnosno pristupne starosti osiguravaju se uz naplatu povećane premije.

### **POJAM OSIGURANOG SLUČAJA**

#### **Član 3.**

- (1) Osiguranim slučajem u smislu ovih Posebnih uslova smatra se hirurška intervencija, odnosno operacija koja je izvedena u toku ugovorenog trajanja osiguranja, pod uslovom da je potreba za hirurškom intervencijom, odnosno operacijom nastala u toku trajanja osiguranja i da je obuhvaćena osiguranjem.
- (2) Osiguranjem su obuhvaćene samo one hirurške intervencije, odnosno operacije koje su navedene u popisu hirurških intervencija, odnosno operacija iz člana 6. stav (2) ovih Posebnih uslova.



- (3) U toku godine trajanja osiguranja, za isti tip hirurške intervencije, odnosno operacije, naknada se može ostvariti samo jednom.
- (4) Ako je u jednom hirurškom aktu učinjeno dve ili više hirurških intervencija, visina obaveza osiguravača se određuje na osnovu hirurške intervencije za koju je ovim Posebnim uslovima predviđen najveći procenat.
- (5) Obaveze osiguravača utvrđuju se na osnovu polise koja je važila na dan nastupanja osiguranog slučaja, odnosno na dan kada je izvedena hirurška intervencija, odnosno operacija.
- (6) U toku godine trajanja osiguranja ukupna naknada na ime hirurških intervencija, odnosno operacija po ovim Posebnim uslovima, može iznositi najviše do ugovorene osigurane sume iz polise.

## NAČIN ZAKLJUČENJA OSIGURANJA

### Član 4.

- (1) Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj hirurških intervencija, odnosno operacija može se zaključiti kao kolektivno ili individualno dobrovoljno zdravstveno osiguranje.
- (2) Kolektivnim dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem iz stava (1) ovog člana mogu se osigurati zaposleni, radno angažovana lica, članovi sindikata i dr.
- (3) Ugovor o kolektivnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju zaključuje se na osnovu jedinstvene ponude ugovarača sa osnovnim podacima o svakom licu koje se uključuje u osiguranje, prema evidenciji ugovarača, odnosno prema spisku osiguranih lica, koji čini sastavni deo ugovora-polise osiguranja.
- (4) Ako premiju za kolektivno osiguranje iz stave (1) ovog člana snosi osiguranik odnosno član, ugovor o osiguranju se zaključuje na osnovu pismene saglasnosti osiguranika.
- (5) Osiguravač zadržava pravo da zavisno od ugovorene osigurane sume po rizicima, pokrićima, broja zainteresovanih lica i drugih bitnih elemenata za ugovaranje osiguranja, zatraži pojedinačnu ponudu sa upitnikom o zdravstvenom stanju.
- (6) Individualno dobrovoljno zdravstveno osiguranje zaključuje se na osnovu pismene ponude koju osiguravač daje licu koje želi da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.
- (7) Osiguravač može da zatraži dodatna objašnjenja i dokumentaciju koja je neophodna za procenu rizika i zaključenje individualnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Ako ugovarač na zahtev osiguravača ne dostavi traženu dokumentaciju u roku od 30 (trideset) dana od dana prijema poziva, smatraće se da je odustao od zaključenja ugovora o osiguranju.

- (8) Ugovorom o osiguranju mogu se osigurati i članovi porodice osiguranika, na osnovu pismene ponude koju osiguravač daje licu koje želi da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. Ugovarač-nosilac osiguranja za članove porodice je osiguranik – fizičko lice, odnosno zaposleni ili član sindikata, koji preuzima obavezu da za članove svoje porodice plaća premiju.
- (9) Članovima porodice osiguranika, u smislu ovih Posebnih uslova, smatraju se supružnik i vanbračni partner, deca osiguranika rođena u braku ili van braka, usvojena i pastorčad do završetka školovanja, a najkasnije do 26. godine života.

## TRAJANJE OSIGURANJA

### Član 5.

- (1) Ugovor o kolektivnom osiguranju može se zaključiti kratkoročno na period koji ne može biti kraći od 12 meseci, dugoročno ili višegodišnje.

Izuzetno od stava 1. ovog člana dobrovoljno zdravstveno osiguranje može trajati kraće i to:

- 1) U slučaju kada svojstvo osiguranog lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja traje kraći period od 12 meseci od datuma početka osiguranja;

- 2) Za vreme privremenog boravka u Republici Srbiji osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, koji je strani državljanin ili lice bez državljanstva;
  - 3) Za lica koja su u toku ugovorenog perioda osiguranja stekla osnov za osiguranje kod kolektivnih ugovora;
  - 4) Ukoliko izdavanju polise osiguranja prethodi zaključivanje lista pokrića.
- (2) Ugovor o individualnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju može se zaključiti kratkoročno, na trajanje od 12 meseci.
  - (3) Ako u polisi nije drugačije ugovoreno, obaveza osiguravača počinje od dvadesetčetvrtog časa dana koji je naveden u polisi osiguranja kao dan početka dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, pod uslovom da je plaćena premija, odnosno rata premije osiguranja, a prestaje istekom poslednjeg dana roka koji je u polisi osiguranja naveden kao dan isteka osiguranja.
  - (4) Kod kolektivnog osiguranja zaposlenih, odnosno članova prema evidenciji ugovarača, za lica koja se zaposle, odnosno učlane nakon početka osiguranja označenog u polisi, osiguranje počinje u 24,00 časa onog dana od kojeg su u radnom odnosu, odnosno članovi ugovarača. Za zaposlene, odnosno članove kojima je prestao radni odnos, odnosno članstvo pre isteka tekuće godine osiguranja, osiguranje prestaje da važi u 24,00 časa dana kada im je prestao radni odnos, odnosno članstvo kod ugovarača.

## **OBAVEZE OSIGURAVAČA**

### **Član 6.**

- (1) Ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj hirurških intervencija, odnosno operacija osiguravač se obavezuje da osiguraniku isplati ugovorenu naknadu, nakon izvedene hirurške intervencije, odnosno operacije koja je obuhvaćena osiguranjem, u skladu sa ovim Posebnim uslovima.
- (2) Osiguravač je u obavezi da isplati naknadu iz osiguranja u visini odgovarajućeg procenta od ugovorene osigurane sume prema ovim Posebnim uslovima, za sledeće hirurške intervencije, odnosno operacije, i to:

- 5 % OD UGOVORENE OSIGURANE SUME

1. Zasecanje i drenaža gnojnih čireva
2. Zasecanje i drenaža zagnojenih cista
3. Zasecanje i drenaža kožnog apscesa
4. Zasecanje i drenaža potkožnog apscesa
5. Isecanje dobroćudnih lezija kože
6. Isecanje dobroćudnih lezija potkožnog tkiva
7. Isecanje fibroznih lezija kože
8. Isecanje fibroznih lezija potkožnog tkiva
9. Isecanje cističnih lezija kože
10. Isecanje cističnih lezija potkožnog tkiva
11. Elektrokoagulacija perinealne regije
12. Elektrokoagulacija genitalne regije
13. Krioterapija (zamrzavanje) perianalne regije
14. Krioterapija (zamrzavanje) genitalne regije
15. Nameštanje (repozicija) dislociranog svežeg preloma nosnih kostiju
16. Nameštanje (repozicija) dislociranog svežeg preloma nosnih kostiju sa imobilizacijom
17. Hirurška obrada rane nakon ujeda psa
18. Serklaž
19. Zbrinjavanje rascepa grlića materice

20. Zbrinjavanje rasvepa vaginalnih zidova
--

- 10 % OD UGOVORENE OSIGURANE SUME

1. Zasecanje i drenaža apscesa oko analnog otvora
2. Konizacija grlića materice
3. Operacija pilonidalnog sinusa
4. Razbijanje kamena u urološkom traktu
5. Odstranjenje mioma materice

- 20 % OD UGOVORENE OSIGURANE SUME

1. Odstranjenje dobroćudnih tumora dojke unilateralno
2. Ugradnja pace-maker
3. Isecanje dobroćudnih lezija kože sa zatvaranjem defekta slobodnim transplantatom
4. Isecanje dobroćudnih lezija potkože sa zatvaranjem defekta slobodnim transplantatom
5. Isecanje zloćudnih lezija kože sa zatvaranje defekta slobodnim transplantatom
6. Isecanje zloćudnih lezija potkože sa zatvaranje defekta slobodnim transplantatom
7. Odstranjenje slepog creva (apendiksa)
8. Odstranjenje jajovoda
9. Odstranjenje jajnika
10. Odstranjenje meniskusa (meniscektomija)
11. Vađenje slobodnih zglobnih tela iz kolena
12. Osteosinteza preloma šake
13. Osteosinteza preloma stopala
14. Drenaža grudnog koša kod pneumotoraksa
15. Drenaža grudnog koša kod hidrotoraksa
16. Drenaža grudnog koša kod hematotoraksa
17. Isecanje dobroćudnih lezija kože sa zatvaranjem defekta lokalnim režnjem
18. Isecanje dobroćudnih lezija potkože sa zatvaranjem defekta lokalnim režnjem
19. Isecanje zloćudnih lezija kože sa zatvaranjem defekta lokalnim režnjem
20. Isecanje zloćudnih lezija potkože sa zatvaranjem defekta lokalnim režnjem
21. Korekcija septuma nosa (septoplastika) po Cottleu
22. Laringomikroskopija grla sa uzimanjem isečka, isecanje polipa
23. Operacija katarakte

- 30 % OD UGOVORENE OSIGURANE SUME

1. Transuretralno isecanje tumora mokraćne bešike
2. Osteosinteza zglobnih preloma
3. Odstranjenje prostate
4. Ligamentoplastika
5. Hirurško odstranjenje kqamena u mokraćnim kanalima
6. Odstranjenje slezine
7. Operacija perforacije čira na želucu
8. Operacija perforacije čira na duodenumu
9. Odstranjenje malignog tumora dojke sa delimičnim odstranjenjem dojke
10. PTCA (perkutana transvenozna koronarna angioplastika) sa dilatacijom i ugradnjom stenta
11. Odstranjenje žučne kesice (klasičnom ili laparoskopskom metodom)

- 40 % OD UGOVORENE OSIGURANE SUME

1. Odstranjenje malignog tumora dojke sa totalnim odstranjenjem dojke
2. Amputacija nadkolene kosti
3. Totalno vađenje materice bez odstranjenja jajnika
4. Totalno vađenje materice sa odstranjenjem jajnika
5. Odstranjenje testisa
6. Endoproteza kolena
7. Osteosinteza preloma dugih kostiju
8. Osteosinteza preloma karlice
9. Delimično odstranjenje plućnog krila
10. Operacija štitaste žlezde
11. Odstranjenje žučne kesice sa holedohotomijom

- 50 % OD UGOVORENE OSIGURANE SUME

1. Monoproteza zgloba kuka (Austin-Moore, Duo Kopf)
2. Odstranjenje bubrega (nefrektomija)
3. Delimično odstranjenje želuca (Bilroth I ili Bilroth II)
4. Odstranjenje i operacija na međupršljenskom diskus slabinske kičme (discus hernia)
5. Totalna zamena zgloba kuka (cementna, bescementna)
6. Odstranjenje dela debelog creva
7. By pass butne arterije
8. By pass zatkolene arterije

- 60 % OD UGOVORENE OSIGURANE SUME

1. Reinterventna proteza kuka
2. Odstranjenje plućnog krila (pneumotomija)
3. Radikalna operacija vrata kod maligniteta
4. Odstranjenje grla ili ždrele sa traheostomom
5. Operativno lečenje preloma kičmenog stuba
6. Parcijalna resekcija jetre
7. Porto-kavalni šant
8. Odstranjenje rektuma po Milesu
9. Operacija suženih vratnih arterija (TEA)

- 70 % OD UGOVORENE OSIGURANE SUME

1. Totalno odstranjenje želuca
2. Totalno odstranjenje debelog creva
3. Operativno lečenje radi evakuacije unutarlobanjskog krvnog podliva

- 80 % OD UGOVORENE OSIGURANE SUME

1. Jednostruki aorto-koronarni by pass
2. Operacija tumora hipofize
3. Operacija kraniofaringeoma



4. Operacija moždane aneurizme
5. Aortobifemoralni by pass
6. Tumori moždane opne (meningeomi)
7. By pass kad se koristi arterija mamarija

- 90 % OD UGOVORENE OSIGURANE SUME

1. Veštački zalisci (aortalni) u ECC
2. Veštački zalisci (mitralni) u ECC
3. Tumori mozga
4. Višestruki aorto-koronarni by pass
5. Korekcija srčanih zastaka (mitralne valvule)
6. Aneurizma trbušne aorte auprarenalno
7. Prošireno radikalno odstranjenje želuca sa zahvatanjem susednih organa
8. Resekcija jednjaka
9. Delimično ili potpuno odstranjenje pankreasa (Whipple)

- 100 % OD UGOVORENE OSIGURANE SUME

1. Totalno odstranjenje mokraćne bešike (neovezika)
2. Transplantacija srca
3. Transplantacija jetre
4. Transplantacija bubrega
5. Transplantacija pluća
6. Replantacija šake

## OGRANIČENJE I ISKLJUČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

### Član 7.

- (1) U prva tri meseca trajanja osiguranja osiguravač je u obavezi da isplati ugovorenu naknadu samo za hirurške intervencije, odnosno operacije koje su posledica nesrećnog slučaja ili hitnog medicinskog stanja, a nakon isteka tog roka nastupaju obaveze predviđene ovim Posebnim uslovima.
- (2) Isključene su obaveze osiguravača po osnovu hirurške intervencije, odnosno operacije obuhvaćene ovim Posebnim uslovima, koja je posledica prećutane bolesti, zbog koje bi osiguravač zaključio ugovor o osiguranju sa povećanom premijom.
- (3) Isključene su sve obaveze osiguravača za slučajeve koji nastanu:
  1. usled zemljotresa;
  2. usled ratnih događaja u zemlji i aktivnog učešća osiguranika u ratnim događajima izvan granica zemlje;
  3. usled aktivnog učešća u oružanim akcijama, osim ako je osiguranik u tim događajima učestvovao po svom redovnom zanimanju;
  4. usled pokušaja samoubistva osiguranika iz bilo kog razloga;
  5. pri pripremanju, pokušaju ili izvršenju umišljajnog krivičnog dela, kao i pri begu posle takve radnje.
- (4) Ukoliko je izvršena hirurška intervencija, odnosno operacija posledica bolesti za koju osiguravač prema Posebnim uslovima osiguranja za slučaj težih bolesti isplaćuje naknadu, obaveza osiguravača po osnovu hirurške intervencije, odnosno operacije iznosi 50% osigurane sume, odnosno naknade, predviđene za konkretnu hiruršku intervenciju, odnosno operaciju u članu 6. ovih Posebnih uslova.

- (5) Isključene su sve obaveze osiguravača za hirurške intervencije, odnosno operacije za koje je potreba postojala u vreme, odnosno pre zaključenja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.
- (6) Isključene su sve obaveze osiguravača za hirurške intervencije, odnosno operacije koje nisu navedene u članu 6. ovih Posebnih uslova.

## **NAČIN I ROKOVI OBRAČUNA I PLAĆANJA PREMIJE**

### **Član 8.**

- (1) Obračun premije vrši se godišnje, prema stvarnom broju osiguranika, a plaća se u ugovorenim rokovima.
- (2) Ako je za no kolektivno ključe osiguranje prema evidenciji ugovarača, početno brojno stanje osiguranika je jednako brojnom stanju zaposlenih, odnosno članova ugovarača na dan zaključenja kolektivnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
- (3) Ako nije drugačije ugovoreno, konačan obračun premije vrši se na kraju tekuće godine osiguranja prema prosečnom brojnom stanju osiguranika u toku godine osiguranja. Ugovarač je dužan da osiguravaču dostavi tačne i potpune podatke o brojnom stanju zaposlenih, odnosno lica uključenih u osiguranje, na kraju svakog meseca u toku godine osiguranja za koju se vrši konačan obračun premije.
- (4) Ugovarač je dužan osiguravaču staviti na uvid evidenciju i dokumentaciju iz koje se može utvrditi status osiguranih lica, brojno stanje osiguranika, kao i visina obračunate i uplaćene premije.

## **PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA**

### **Član 9.**

- (1) Osiguranik je dužan je da na obrascu osiguravača prijavi hiruršku intervenciju, odnosno operaciju koja je izvedena u toku trajanja osiguranja, a obuhvaćena je popisom hirurških intervencija iz člana 6. ovih Posebnih uslova, kada mu to zdravstveno stanje dozvoli.
- (2) Uz prijavu nastalog osiguranog slučaja osiguranik je dužan da priloži sledeću dokumentaciju:
  - overenu potvrdu ugovarača o svojstvu osiguranika– ako je zaključeno kolektivno osiguranje,
  - kompletnu medicinsku dokumentaciju iz koje se nesporno može utvrditi obaveza osiguravača i okolnost da u vreme zaključenja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju nije postojala potreba za prijavljenom hirurškom intervencijom, odnosno operacijom.
- (3) Osiguravač ima pravo da izvrši uvid u medicinsku dokumentaciju i pribavlja informacije od trećih lica, koje su od značaja za utvrđivanje obaveza po prijavljenoj hirurškoj intervenciji, odnosno operaciji, u skladu sa zakonom.

## **ISPLATA NAKNADE**

### **Član 10.**

- (1) Osiguravač isplaćuje ugovorenu naknadu iz osiguranja po ovim Posebnim uslovima, u roku od 14 dana od dana kada je utvrdio postojanje i visinu svoje obaveze.

## **KORISNIK OSIGURANJA**

### **Član 11.**



- (1) Korisnik osiguranja je sam osiguranik, koji jedini ima pravo na naknadu iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
- (2) Izuzetno od stava (1) ovog člana, novčana naknada koja je dospela za isplatu, a ostala je neisplaćena usled smrti osiguranika obuhvaćenog dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem za slučaj hirurških intervencija, odnosno operacija, isplaćuje se zakonskim naslednicima.

## **ZAVRŠNE ODREDBE**

### **Član 12.**

- (1) Sastavni deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj hirurških intervencija, odnosno operacija čine Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje i ovi Posebni uslovi. Ako su odredbe Opštih uslova u suprotnosti sa ovim Posebnim uslovima, važe ovi Posebni uslovi.

### **Član 13.**

Ovi Posebni uslovi objavljuju se na zvaničnoj internet strani osiguravača, dostupni su u pismenom obliku na svim prodajnim mestima osiguravača ili na drugi adekvatan način, stupaju na snagu i primenjuju se od 11.04.2020. godine.

Danom stupanja na snagu ovih uslova prestaju da važe Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za slučaj hirurških intervencija, odnosno operacija od 01.01.2010. godine, doneti Odlukom broj 1-29/1342-1 od 29.12.2009. godine.



**INFORMACIJA ZA UGOVORAČA OSIGURANJA – OSIGURANIK A PRE  
ZAKLJUČENJA UGOVORA O OSIGURANJU ZA SLUČAJ TEŽIH BOLESTI I/ILI  
HIRURŠKIH INTERVENCIJA**

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

**1. Podaci o Osiguravaču**

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

Broj telefona za korisnike usluga: +381 21 4886 000

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

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

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

Uslovi osiguranja koji se primenjuju na ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom u zavisnosti od izabrane kombinacije pokrivača osiguranja za hirurške intervencije i/ili težih bolesti mogu biti:

- Posebni uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje za slučaj hirurških intervencija, odnosno operacija, doneti 10. 04. 2020. godine (u daljem tekstu: Uslovi za hirurške intervencije)
- Posebni uslovi za pakete hirurških intervencija, doneti 10. 04. 2020. godine (u daljem tekstu: Uslovi za pakete hirurških intervencija)
- Posebni uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje za slučaj težih bolesti, doneti 10. 04. 2020 sa izmenama od 09.12.2021. godine (u daljem tekstu: Uslovi za teže bolesti);
- Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje, doneti 10. 04. 2020. godine (u daljem tekstu: Opšti uslovi)

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

3

Na ugovor o osiguranju primenjuju se pozitivni pravni propisi Republike Srbije.

**3. Vreme važenja ugovora o osiguranju**

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

Po pravilu, ugovor o osiguranju proizvodi pravno dejstvo (početak osiguravajućeg pokrivača), ako se drugačije ne ugovori, po isteku 24 (dvadesetčetvrtog) časa dana koji je u polisi osiguranja naveden kao početak osiguranja. Ugovor o osiguranju (osiguravajuće pokrivače) prestaje po isteku 24 (dvadesetčetvrtog) časa dana koji je u polisi naveden kao istek osiguranja.

Kod dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja osiguranje prestaje za svakog pojedinog osiguranika, bez obzira na ugovoreno trajanje osiguranja, i u sledećim slučajevima:

1. kada nastupi smrt osiguranika - danom njegove smrti;
2. kada osiguranik izgubi status obavezno osiguranog lica, za dobrovoljno zdravstveno osiguranje - danom gubitka statusa obavezno osiguranog lica;
3. zbog izmena uslova osiguranja - ugovarač, odnosno osiguranik ima pravo da otkáže ugovor o osiguranju u roku od 30 (trideset) dana od dana prijema obaveštenja o izmenama. U tom slučaju ugovor prestaje istekom tekuće godine osiguranja.

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

Osigurani slučaj prema ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju težih bolesti i/ili hirurških intervencija, već prema tome šta se ugovori može biti:

- Teža bolest
- Hirurška intervencija, odnosno operacija.

Ugovor o osiguranju za slučaj hirurških intervencija može se zaključiti samostalno ili u kombinaciji sa osiguranjem za slučaj težih bolesti.

Osiguranim slučajem smatraju se bolesti koje su prvi put nastupile u toku ugovorenog trajanja osiguranja, a koje su obuhvaćene ugovorenim polisom osiguranja i Tabelom težih bolesti.

Teže bolesti koje su obuhvaćene ugovorom o osiguranju navedene su u Tabeli težih bolesti koja čini sastavni deo svakog pojedinačnog ugovora o osiguranju, po izboru Ugovorača osiguranja.

U slučaju ostvarenja osiguranog slučaja Osiguravač je u obavezi da isplati naknadu iz osiguranja u visini odgovarajućeg procenta od ugovorene osigurane sume u skladu sa važećim uslovima osiguranja i Tabelom težih bolesti, za svaki pojedinačni ugovor o osiguranju.

Pored isplate naknade za težu bolest, obuhvaćenu Tabelom težih bolesti i ugovorom o osiguranju, može se ugovoriti dodatno pokrivače u vidu obezbeđivanja usluge drugog lekarskog mišljenja.

Prava i obaveze po osnovu dodatnog pokrivača obezbeđivanja usluge drugog lekarskog mišljenja regulisana su klauzulom "Dopunskog pokrivača za drugo lekarsko mišljenje"

**SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE**

Ovim osiguranjem mogu se osigurati lica koja imaju svojstvo osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju, u skladu sa propisima koji uređuju obavezno zdravstveno osiguranje.

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

**OGRANIČENJA I ISKLJUČENJA OBAVEZE OSIGURAVAČA****Opšta isključenja, zajednička za osiguranje težih bolesti, osiguranje hirurških intervencija ili paketa hirurških intervencija:**

Isključene su sve obaveze osiguravača u sledećim slučajevima:

1. u slučaju zloupotrebe polise, odnosno isprave o osiguranju;
2. ukoliko je prekoračen obim ugovorenih zdravstvenih usluga i visina ugovorenih troškova;
3. ako je odštetni zahtev zasnovan na lažnim podacima i lažnoj dokumentaciji.

**Isključenja i ograničenja u slučaju osiguranja hirurških intervencija, odnosno paketa hirurških intervencija:**

- (1) U prva tri meseca trajanja osiguranja osiguravač je u obavezi da isplati ugovorenu naknadu samo za hirurške intervencije, odnosno operacije koje su posledica nesrećnog slučaja ili hitnog medicinskog stanja,
- (2) Isključene su obaveze osiguravača po osnovu hirurške intervencije, odnosno operacije, koja je posledica prečutane bolesti, zbog koje bi osiguravač zaključio ugovor o osiguranju sa povećanom premijom.
- (3) Isključene su sve obaveze osiguravača za slučajeve koji nastanu :
  - usled zemljotresa;
  - usled ratnih događaja u zemlji i aktivnog učešća osiguranika u ratnim događajima izvan granica zemlje;
  - usled aktivnog učešća u oružanim akcijama, osim ako je osiguranik u tim događajima učestvovao po svomredovnom zanimanju;
  - usled pokušaja samoubistva osiguranika iz bilo kog razloga;
  - pri pripremanju, pokušaju ili izvršenju umišljajnog krivičnog dela, kao i pri begu posle takve radnje.
- (4) Ukoliko je izvršena hirurška intervencija, odnosno operacija posledica bolesti za koju osiguravač prema osiguranja za slučaj težih bolesti isplaćuje naknadu, obaveza osiguravača po osnovu hirurške intervencije, odnosno operacije iznosi 50% osigurane sume, odnosno naknade, predviđene za konkretnu hiruršku intervenciju, odnosno operaciju.
- (5) Isključene su sve obaveze osiguravača za hirurške intervencije, odnosno operacije za koje je potreba postojala u vreme, odnosno pre zaključenja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.
- (6) Isključene su sve obaveze osiguravača za hirurške intervencije, odnosno operacije koje nisu navedene Popisu hirurških intervencija, koji je sastavni deo Uslova za hirurške intervencije.

**Isključenja koja važe samo kod osiguranja paketa hirurških intervencija:**

U toku godine trajanja osiguranja, za istu intervenciju naknada se može ostvariti samo jednom, izuzev intervencija na pamim organima (oči, uši, pluća, bubrezi, jajnici, testisi), koji se u smislu Uslova za pakete hirurških intervencija smatraju kao zasebni organi.

Ako je u jednom hirurškom aktu učinjeno dve ili više intervencija, visina obaveze osiguravača se određuje na osnovu one intervencije za koju se prema Uslovima za pakete hirurških intervencija isplaćuje najveći iznos naknade.

**Isključenja i ograničenja u slučaju osiguranja težih bolesti:**

- (1) Isključene su obaveze osiguravača za težu bolest, koja je u vezi sa prečutanim važnim okolnostima o zdravstvenom statusu osiguranika, zbog koje bi osiguravač zaključio ugovor o osiguranju sa povećanom premijom.
- (2) Isključene su obaveze osiguravača za bolesti koje su postojale u vreme zaključenja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.
- (3) Isključene su obaveze osiguravača za bolesti koje nisu navedene u popisu težih bolesti pokrivenih osiguranjem, koji je sastavni deo Uslova za teže bolesti.

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

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

Premija dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ne podleže obračunu poreza na premije neživotnih osiguranja u skladu sa Zakonom o porezu na premiju neživotnih osiguranja (Sl. Glasnik RS br.135/2004).

Ako Ugovorač osiguranja ne plati ukupno obračunatu premiju ili njen deo u ugovorenom roku, Osiguravač može, pored glavnice, da potražuje i zakonsku zateznu kamatu.

Ugovorom o osiguranju može se posebno ugovoriti devizna klauzula za definisanje sume osiguranja i premije osiguranja.

#### 6. Pravo na raskid ugovora o osiguranju, uslovi za raskid odnosno pravo na odustanak od ugovora

Ako 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 Ugovorač osiguranja-Osiguranih 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 Ugovoraču osiguranja-Osiguranih uručeno preporučeno pismo Osiguravača sa obaveštenjem o dospelosti premije s tim da taj rok ne može isteci 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 od strane Osiguravača za zaključenje ugovora o osiguranju vezuje ponuđača, ako on nije odredio kraći rok, za vreme od osam dana od dana kad je ponuda prispela licu koje je zainteresovano za zaključenje ugovora o osiguranju. Ponuđač u tom roku ima pravo i na opoziv ponude.

Ako Osiguravač povodom primljene ponude od licu koje je zainteresovano za zaključenje ugovora o osiguranju, zatraži neku dopunu ili izmenu koja je neophodna za ocenu rizika i zaključenje osiguranja, kao dan prijema ponude smatra se dan kad Osiguravač primi traženu dopunu ili izmenu, odnosno kad bude obavešten o prihvatanju njegovih uslova.

Ako Osiguravač nakom prijema ponude i zatražene dopune ili izmene u tom roku ne odbije ponudu, koja ne odstupa od uslova pod kojima on vrši predloženo osiguranje, smatra se da je prihvatio ponudu i da je ugovor zaključen dana kada je ponuda prispela Osiguravaču.

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

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 Ugovoraču osiguranja, Osiguranih, oštećenom, broj polise, uzrok nastanka osiguranog slučaja, približnu visinu naknade koja se potražuje ukoliko se može iskazati u trenutku podnošenja odštetnog zahteva.

Odštetni zahtev se može podneti:

- neposredno u bilo kojoj poslovnici Osiguravača na teritoriji cele Srbije. Spisak poslovnica možete pronaći na sledećem linku [www.ddor.rs/prodajna-mesta](http://www.ddor.rs/prodajna-mesta),
- telefonom pozivanjem korisničkog centra Osiguravača na broj 021 480 2222, besplatan poziv 0800 303 301.
- elektronskom poštom slanjem mejla na adresu: [ddor@ddor.co.rs](mailto:ddor@ddor.co.rs)
- poštom (adrese poslovnica možete pronaći na sledećem linku [www.ddor.rs/prodajna-mesta](http://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.

Osiguranih 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 osigurani slučaj nastao za vreme trajanja osiguranja, pod uslovima predviđenim Polisom i uslovima osiguranja.

Potraživanja iz ugovora o osiguranju zastarevaju za tri godine računajući od prvog dana posle proteka kalendarske godine u kojoj je potraživanje nastalo. Ukoliko Osiguranih 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, osiguranih, 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](http://www.ddor.rs)) ili elektronskom poštom (imejлом) na adresu koja je namenjena za prijem prigovora:

Akcionarsko društvo za osiguranje „DDOR Novi Sad“  
Novi Sad, Bulevar Mihajla Pupina br.8  
Tel. + 381 21 48 86 000  
Imejl: [prigovoniklijenata@ddor.co.rs](mailto:prigovoniklijenata@ddor.co.rs)

Osiguravač će pismeni prigovor korisnika usluge osiguranja primiti u bilo kojoj poslovnoj prostoriji u kojoj nudi usluge i izdati potvrdu o prijemu prigovora, s naznakom mesta i vremena prijema, kao i lica zaposlenog kod Osiguravača koji je prigovor primio.

Ako korisnik usluge osiguranja namerava da podnese prigovor usmeno, lice zaposleno kod Osiguravača će ga upozoriti da Osiguravač nije u obavezi da razmatra usmeni prigovor, i poučiti ga o načinu na koji se prigovor može podneti.

Ako je korisnik usluge osiguranja prigovor podneo preko internet prezentacije Osiguravača ili elektronskom poštom – Osiguravač će odmah potvrditi prijem prigovora. e-mailom ili na drugi način u elektronskom obliku.

Prigovor sadrži sledeće podatke i dokumentaciju:

- ime, prezime i adresu korisnika ako je reč o fizičkom licu, odnosno
- poslovno ime i sedište pravnog lica i ime i prezime zakonskog zastupnika pravnog lica, odnosno ovlašćenog lica ako se prigovor podnosi u ime i za račun korisnika - pravnog lica;
- razloge za prigovor i zahteve korisnika;
- dokaze kojima se potkrepljuju navodi iz prigovora;
- datum podnošenja prigovora;
- potpis podnosioca prigovora, odnosno njegovog zastupnika ili punomoćnika, osim u slučaju da se prigovor podnosi u elektronskoj formi;
- posebno punomoćje za zastupanje ako je prigovor podneo punomoćnik, kojim korisnik ovlašćuje punomoćnika da u njegovo ime i za njegov račun podnese prigovor na rad tačno određenog društva za osiguranje, da preuzima radnje u postupku po tom prigovoru i da se tom punomoćniku učine dostupnim podaci koji se odnose na korisnika a predstavljaju podatke o ličnosti.

Osiguravač će podnosiocu prigovora dostaviti pismeni odgovor najkasnije u roku od 15 dana od dana prijema prigovora, uz obrazloženje i ocenu osnovanosti prigovora,

obaveštenje o roku u kome će se otkloniti razlozi zbog kojih je prigovo uložen i merama koje će biti preduzete za njihovo otklanjanje.

Izuzetno, ako Osiguravač ne može da dostavi odgovor u roku od 15 dana od dana prijema prigovora iz razloga koji ne zavise od njegove volje, taj rok se može produžiti za najviše 15 dana, o čemu će Osiguravač pismeno obavesti korisnika usluge osiguranja u roku od 15 dana od dana prijema prigovora navodeći razloge zbog kojih nije moguće dostaviti odgovor u predviđenom roku kao i krajnji rok u kome će odgovor biti dostavljen.

Korisnik usluge osiguranja ima pravo da, ako nije zadovoljan odgovorom Osiguravača, podnese prigovor ili predlog za posredovanje Narodnoj banci Srbije.

#### 10. Naziv, sedište i adresa organa nadležnog za nadzor nad poslovanjem društva za osiguranje i način zaštite prava kod tog organa

Nadzor nad obavljanjem delatnosti osiguranja vrši:

Narodna banka Srbije  
Kralja Petra 12, 11000 Beograd

Odlukom o postupku po prigovoru korisnika usluge osiguranja („Službeni glasnik RS“, br. 87/2021) bliže je uređen način zaštite prava i interesa osiguranika, ogorovača 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 fak 712, 11000 Beograd*
- 2) preko internet prezentacije Narodne banke Srbije

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

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

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

Korisnik usluge osiguranja uz prigovor upućen Narodnoj banci Srbije dostavlja i prigovor koji je dostavio Osiguravaču, njegov odgovor (ako ga je dostavio) i dokumentaciju na osnovu koje se navodi iz prigovora Narodnoj banci Srbije mogu ceniti. Prigovor mora da sadrži podatke koji omogućavaju identifikaciju korisnika (ime, prezime i adresa, odnosno za pravna lica poslovno ime, sedište, matični broj i ime i prezime zakonskog zastupnika) i Osiguravača (poslovno ime i sedište), utvrđivanje odnosa korisnika s Osiguravačem, kao i razloge za podnošenje prigovora, tj. šta se prigovorom zahteva.

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

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

**OBAVEŠTENJE AKCIONARSKOG DRUŠTVA ZA OSIGURANJE "DDOR NOVI SAD" NOVI SAD  
O OBRADI PODATAKA O LICNOSTI U SVRHU ZAKLJUČENJA I SPROVOĐENJA UGOVORA O  
NEŽIVOTNOM OSIGURANJU**

Akcionarsko društvo za osiguranje "DDOR Novi Sad" Novi Sad, Bulevar Mihajla Pupina br. 8, Novi Sad (u daljem tekstu: DDOR Novi Sad), kao rukovalac podataka, u skladu sa Zakonom o zaštiti podataka o licnosti (u daljem tekstu: Zakon) ovim putem obaveštava osiguranike o uslovima prikupljanja i obrade podataka o licnosti.

**Podaci o rukovaocu podataka:**

Akcionarsko društvo za osiguranje „DDOR Novi Sad“ Novi Sad  
Bulevar Mihajla Pupina 8  
21000 Novi Sad  
Tel. + 381 21 48 86 000  
E-mail: [ddor@ddor.co.rs](mailto:ddor@ddor.co.rs)

Licu za zaštitu podataka o licnosti koje je DDOR Novi Sad imenovao možete se obratiti sa svim pitanjima i zahtevima u vezi sa obradom Vaših podataka o licnosti na sledeći način:

Email: [dpo@ddor.co.rs](mailto:dpo@ddor.co.rs)  
Tel: +381 21 48 86 172  
Pošta: Bulevar Mihajla Pupina br. 8, 21000 Novi Sad

DDOR Novi Sad može da prikuplja podatke o licnosti osiguranika od ugovarača osiguranja koji zaključuje ugovor o neživotnom osiguranju. Podaci o licnosti se prikupljaju u svrhu zaključenja i sprovođenja ugovora o neživotnom osiguranju.

DDOR Novi Sad obrađuje sledeće kategorije podataka o licnosti u zavisnosti od konkretne svrhe odnosno od vrste osiguranja koje se zaključuje:

1. Osnovni podaci (npr. ime i prezime, jmbg, datum rođenja...)
2. Kontakt podaci (npr. adresa, broj telefona...)

Bez prikupljanja i obrade podataka o licnosti, DDOR Novi Sad nije u mogućnosti da sprovede sve potrebne radnje od značaja za zaključenje i sprovođenje ugovora o osiguranju. U slučaju da ugovor o osiguranju ne bude zaključen, DDOR Novi Sad će u najkraćem roku od momenta saznanja da ugovor neće biti zaključen, podatke o licnosti osiguranika koji su mu dostavljeni, obrisati.

Primaoci podataka o licnosti mogu biti državni organi i institucije koje po zakonu ili po prirodi posla moraju imati pristup prikupljenim podacima o licnosti, treća lica kojima DDOR Novi Sad na osnovu ugovora poverava određene poslove u vezi sa sprovođenjem osiguranja, kao i Unipol Grupa kao matična kompanija čiji je DDOR Novi Sad član.

Podaci o licnosti se mogu, ukoliko je to neophodno, u vezi sa zaključenim ugovorima o reosiguranju ili saosiguranju iznositi van teritorije Republike Srbije, u skladu sa zakonom.

Sve podatke o licnosti DDOR Novi Sad čuva kao poslovnu tajnu i obrađuje primenom svih odgovarajućih tehničkih, organizacionih i kadrovskih mera zaštite.

Podaci o licnosti i drugi podaci značajni za ostvarivanje prava po osnovu ugovora o osiguranju, čuvaju se deset godina posle isteka ugovora o osiguranju a u slučaju nastanka osiguranog slučaja - deset godina od utvrđivanja iznosa obaveze DDOR Novi Sad odnosno u skladu sa zakonom, listom registraturskog materijala.

Fizičko lice čiji se podaci obrađuju ima pravo da od DDOR Novi Sad zahteva pristup, ispravku ili brisanje podataka o licnosti, odnosno pravo na ograničenje obrade, pravo na podnošenje prigovora na obradu, kao i pravo na prenos podataka drugom rukovaocu. Takođe, fizičko lice ima pravo da u svakom trenutku opozove pristanak. Opoziv pristanka ne utiče na dopuštenost obrade na osnovu pristanka pre opoziva.

Lice na koje se podaci odnose ima pravo da podnese pritužbu Povereniku ako smatra da je obrada podataka o njegovoj licnosti izvršena suprotno odredbama Zakona.