

**PREDUGOVORNE INFORMACIJE ZA UGOVARAČA OSIGURANJA -
OSIGURANJE LICA ZA VREME PUTOVANJA I BORAVKA U INOSTRANSTVU**

U skladu sa članom 82. i 84. Zakona o osiguranju (Sl.glasnik RS, br. 139/2014 I 44/2021) u tekstu koji sledi obaveštavamo Vas o svim bitnim elementima za zaključenje osiguranja lica za vreme putovanja i boravka u inostranstvu:

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

Uslovi za osiguranje pružanja pomoći za vreme putovanja i boravka u inostranstvu doneti dana 03.06.2024. godine. Pozitivni zakonski propisi Republike Srbije

2. Vreme važenja ugovora

Osiguranje počinje istekom 24-og časa dana koji je u polisi označen kao dan početka osiguranja a ističe istekom 24-og časa dana koji je u polisi označen kao dan isteka trajanja osiguranja, osim ako nije drugačije ugovoreno.

3. Rizici pokriveni osiguranjem

Osiguranim slučajem smatra se neophodna medicinska pomoć osiguranika usled nastanka iznenadne bolesti ili narušenja zdravstvenog stanja kao posledice nesrećnog slučaja za vreme osiguranikovog boravka u inostranstvu tokom ugovorenog perioda trajanja osiguranja.

Rizici koji su pokriveni osiguranjem zavise od izbora paketa pokrivača.

1. Medicinskom asistencijom smatra se:

- Upućivanje na lekara,
- Davanje osiguraniku svih neophodnih informacija
- Lekarski saveti,
- Praćenje i obaveštavanje o zdravstvenom stanju osiguranika,
- Hitna dostava lekova,
- Poseta bolesnom detetu,
- Poseta bliske osobe,
- Zajednički smeštaj sa bolesnim detetom,
- Transport osiguranika do najbližeg lekara, ili bolnice,
- Repatrijacija,
- Repatrijacija posmrtnih ostataka, odnosno organizacija i pokrivanje troškova transporta osiguranikovih posmrtnih ostataka u zemlju prebivališta,
- Plaćanje troškova lečenja.

2. Putnom asistencijom se smatra:

- Informisanje pre putovanja o osnovnim uslovima putovanja u inostranstvo,
- Povratka dece koja su ostala bez nadzora,
- Pomoć i plaćanje štete u slučaju gubitka ili krađe stvari/prtljaga,
- Pomoć i plaćanje naknade troškova usled kašnjenja avio leta,
- Administrativna pomoć u slučaju gubitka ili krađe putnih dokumenata,
- Organizovanje prevodilačkih usluga.

3. Pravnom asistencijom se smatra se pravna pomoć advokata koji se nalazi u blizini osiguranikovog trenutnog boravka u inostranstvu.

4. Osiguranje stvari/prtljaga koji služe za ličnu upotrebu (obuća, garderoba, lična higijena) sa pokrivenim sledećim rizicima:

- rizika razbojništva;
- rizika gubitka stvari/prtljaga u toku prevoza (kopneni, vodeni i vazdušni), dok su predata prevozniku na čuvanje;
- rizika nasilnog obijanja automobila u odlasku ili povratku sa putovanja, uz policijski izveštaj u kome je naglašeno da je u pitanju nasilno obijanje vozila i počinjena krađa sa spisikom pokradenih stvari.
- rizika oštećenja ili uništenja za vreme dok su predate na čuvanje prevozniku, hotelu i sl., ili se nalaze u odgovarajućim prostorijama za smeštaj tih stvari (kao što su npr. prevozno sredstvo, soba za prenočište i sl.);
- rizika krađe, ako su prostorije u kojima su se stvari nalazile bile zaključane, a postoje tragovi obijanja, ili je postojao stalni čuvar (garderobier i slično).

5. Dopunski rizik osiguranja za slučaj odustanka od ugovora o putovanju, ako je ugovoreno.

OSIGURAVAJUĆE POKRIĆE OSNOVNI RIZICI		PAKETI	
Rbr.		STANDARD	KOMFORT
1	Informacije i saveti kao i upućivanje na lekara	DA	DA
2	Troškovi lečenja	DA	DA
3	Lekovi prepisani od strane zvaničnog lekara	DA	DA
4	Medicinska i ortopedska oprema prepisana od strane zvaničnog lekara	DA	DA
5	Rentgen i ultrazvučna dijagnostika	DA	DA
6	Hospitalizacija	DA	DA
7	Operacija i troškovi u vezi sa operacijom kao i postoperativni tretman	DA	DA
8	Troškovi lečenja akutne zubobolje	do 120 €	do 120 €
9	Prevoz pacijenta bolničkim kolima / taksijem do najbliže bolnice	do 100 €	do 200 €
10	Povratak pacijenta u zemlju(uključujući i trošak pratnje, kada je medicinski opravdano)	do 2000 €	do 5000 €

11	Transport posmrtnih ostataka u zemlju	do 1000 €	do 5.000 €
12	Povratak dece koja su ostala bez nadzora, sa ili bez pratioca	NE	do 1.000 €
13	Poseta bolesnom maloletnom detetu	NE	do 1.500 €
14	Zajednički smeštaj sa bolesnim detetom (za jednog roditelja odnosno pratioca) do 5 dana za decu do 3 godine	NE	do 40 € dnevno
15	Informisanje i izveštavanje o zdravstvenom stanju pacijenta	NE	DA
16	Urgentna isporuka lekova	NE	DA
17	Poseta bliske osobe	do 200 €	do 1.000 €
18	Informacije koje predstoje putovanju	1 poziv	DA
19	Otkazivanje leta, ili propuštanje vezanog leta zbog kašnjenja prethodnog leta	do 150 €	DA

Isključenja u vezi sa rizicima koji su pokriveni osiguranjem

1. U slučajevima kada je osiguranik znao da postoji mogućnost nastanka osiguranog slučaja, ili je mogao predvideti da će se dogoditi,
2. Izvan ugovorom predviđenih teritorija na kojoj važi osiguranje, ili ako se osigurani slučaj desio pre početka osiguranja, odnosno nakon isteka osiguranog perioda, ili je nastao nakon povratka u zemlju prebivališta,
3. Usled osiguranikovog bavljenja rizičnim i opasnim aktivnostima, ili sportovima, kao sto su: lov, akrobacije, ronjenje, jedriličarstvo, speleologija, planinarenje, bavljenje vatrometom i eksplozivom, padobranstvo, skijaški skokovi, vožnja bobom, akrobatsko skijanje, bungee jumping, auto – moto trke, snoubording, alpinizam i ostali ekstremni sportovi,
4. Kao posledica rata, invazije, neprijateljstava, terorističkih aktivnosti, građanskog rata, čina sabotaže, terorizma ili vandalizma, pobune, revolucije, ustanka, vojne i druge vrste uzurpacija vlasti, kao i aktivnog učešća osiguranika u nemirima ili bunama bilo koje vrste,
5. Kao posledica prirodne katastrofe, elementarne nepogode i proglašene epidemije,
6. Kao posledica jonizirajućeg zračenja, ili kontaminacije radioaktivnošću iz drugog radioaktivnog otpada,
7. Kao štete neimovinske prirode,
8. Kao trošak koji bi bio plaćen i da se osigurani slučaj nije dogodio – troškovi ishrane u restoranu, troškovi koji su nastali usled prekoračenja težine prtljaga u toku repatrijacije redovnom avionskom linijom, troškovi carine,
9. Isključena je obaveza osiguravača, odnosno asistenske kompanije, u slučaju da je osiguranik zaključio drugu polisu koja pokriva isti osigurani slučaj, osim za naknade koje nisu pokriveno drugom polisom,
10. Za vreme putovanja koje se rezerviše ili preduzme nasuprot lekarskom savetu,
11. Za vreme realizacije posebno organizovanog putovanja radi lečenja,
12. U slučaju upravljanja motornim vozilom osiguranika, bez odgovarajuće vozačke dozvole ili pod dejstvom alkohola. U slučaju nastanka osiguranog slučaja prilikom prijave povrede obavezno se dostavlja i kopija vozačke dozvole i urađen alko test,
13. Kao posledica povreda glave prilikom vožnje motocikla bez zakonom propisane zaštitne opreme (kaciga),
14. Osiguravač nije u obavezi da Osiguraniku isplati naknadu troškova koji nisu medicinske prirode (telefonski pozivi).

Isključena iz obaveza osiguravača, odnosno asistenske kompanije, koja obezbeđuje pružanje usluga za vreme putovanja i boravka u inostranstvu, kada troškovi nastanu kao posledica:

15. U Bolesti ili povrede bilo koje vrste, koje ne zahtevaju prekid osiguranikovog putovanja ili boravka, ili lečenje/operativni zahvat, ili medicinski tretman može da se odloži do njegovog planiranog povratka u zemlju prebivališta,
16. Lečenje raka, side, veneričnih bolesti, kao i troškova lečenja zadnjih stadijuma hronične bolesti;
17. Samovoljnog prekida trudnoće;
18. Nesreće prouzrokovane bolešću, kao što su epilepsija ili malarija;
19. Odstranjivanje ili transplatacija organa, tkiva ili ćelija i sl.;
20. Medicinskih ispitivanja i lečenja, rutinskih/kontrolnih pregleda, metoda medicinske dijagnostike, medicinskih istraživanja ili tretmani koji nisu u vezi sa nastankom osiguranog slučaja, kao i vakcinisanja, primene sredstava za kontracepciju, i lekova bilo koje vrste;
21. Eksperimentalnih medicinskih metoda, ili metoda koje se koriste u svrhu istraživanja, a koje ne priznaje socijalna zaštita, kao i estetsko - korektivno lečenje i operacija;
22. Termalnog lečenja, odnosno troškovi preventivnih lekova, oporavka u banjama i zdravstvenim centrima, sanatorijumima, centrima za oporavak, ili u drugim sličnim institucijama, fizioterapija i akupunktura, kao i troškovi psihijatrijskog lečenja, lečenja mentalnih oboljenja i njihovih posledica;
23. Troškova pomoćnih lekovitih sredstava (čajeva itd);
24. Nabavke, popravke i korišćenja naočara, kontaktnih sočiva, kao i protetičkih sprava bilo koje vrste;
25. Stomatološki tretman koji ne zahteva hitnu intervenciju, definitivno zubno lečenje, ortopedije vilice (osim u slučaju nezgode), ortodontije, paradentalnog lečenja, odstranjivanja kamenca, lečenja korena zuba, zubne krune, izrada zubne proteze i mostova, reparacije ili popravke;
26. Lečenje osiguranika od strane njegovog bračnog druga, roditelja ili deteta;
27. Vakcinacija;
28. Boravka u bolnici, od dana kada bi asistenska kompanija bila u stanju i od kada bi imala pravo da izvrši repatrijaciju osiguranika;
29. Smeštaj u jednokrevetnu ili privatnu sobu u bolnici, osim ukoliko asistenska kompanija ili osiguravač smatraju da je to neophodno;
30. Samovoljno organizovanje repatrijacije, bez prethodno dobijenog odobrenja od strane osiguravača, odnosno asistenske kompanije;
31. Plaćanje troškova lečenja u inostranstvu bez predhodne koordinacije sa asistenskom kućom, odnosno saglasnosti osiguravača, čak i u slučaju kada je izvršena prijava u skladu sa ovim osiguranjem;

32. Osiguranikovog odbijanja pridržavanja instrukcija, koje dobije od asistenske kuće nakon konsultacije sa osiguravačem, ili odbijanje datuma, vrste i načina repatrijacije koju odredi osiguravač nakon konsultacija asistenske kuće sa lekarom/medicinskom ustanovom koja leči osiguranika u inostranstvu;
33. Osiguravač ne pokriva ni dodatne troškove, koji nisu vezani za repatrijaciju i koji nastanu u vezi prevoza osiguranika unutar zemlje prebivališta, već ti troškovi padaju na teret osiguranika;
34. Isključena je obaveza osiguravača, odnosno asistenske kompanije, osim ukoliko pružanje medicinske asistencije ne podrazumeva nepredviđene hitne mere, kako bi se spasao osiguranikov život ili život deteta, odnosno ublažila akutna bol, sem u slučaju da se radi o ponovljenim epizorama akutne boli istog tipa;
35. Troškove lečenja svih nekomplikovanih alergija i infekcija, kao i oboljenja i komplikacija koje nastaju usled izlaganja osiguranika sunčevim zracima, kao i u slučaju nepostupanja osiguranika u cilju preventivne i sprečavanja posledica manifestacije alergija, prema mišljenju lekara cenzora;
36. Troškove lečenja nekomplikovanih slučajeva konjuktivitisa;
37. Troškove lečenja slučajeva nastalih usled nebrige, nemara i neodgovornosti osiguranika, odnosno roditelja ili stratelja u slučaju da je osiguranik maloletno lice (opekotine usled prekomernog sunčanja i sl.);
38. Troškove lečenja nekomplikovanih uboda insekata, kao i reakcije na ubode insekata, koji direktno ne ugrožavaju život osiguranika, a prema mišljenju lekara cenzora.
39. Troškova ispiranja uha, koje nije praćeno komplikacijama (upalom uha);
40. U slučaju hronične bolesti, urođene mane i posledica ovih bolesti, koje su postojale ili za koje se znalo za vreme sklapanja i/ili početka osiguranja, čak i ako nisu bile lečene ili za bolesti koje su bolnički lečene u poslednji šest meseci pre početka osiguranja, uključujući i njihove posledice;
41. Isto ograničenje naknada primenjuje se i na posledice nesrećnog slučaja;
42. U slučaju kada se putem medicinske istorije osiguranika može utvrditi da je osiguranik stavljen na listu čekanja za intervenciju u zemlji prebivališta, pre zaključenja ugovora o osiguranju;
43. U slučaju da se putem medicinske istorije osiguranika ili na osnovu mišljenja lekara cenzora osiguravača može utvrditi da je osiguranik u vreme zaključenja ugovora o osiguranju bio narušenog zdravstvenog stanja, koje predstavlja uvećan rizik i preduslov za nastanak osiguranog slučaja;
44. U slučaju povrede u AQUA parkovima;
45. U slučaju trudnoće ili porođaja, kao i svake bolesti ili komplikacije vezane za trudnoću u slučajevima:
 - Kada je trudnica navršila 38 godina života, bez obzira na nedelju trudnoće
 - Kada je trudnoća starija od 24 nedelje
 - Kada je trudnoća potvrđena kao rizična u zemlji prebivališta.

4. Visina i način plaćanja premije osiguranja

Visina premije osiguranja se obračunava na osnovu važećih Tarifa (cenovnika) Osiguravača. Visina premije se ugovara i plaća jednokratno.

Doprinosi: ne obračunavaju se, Porezi: 5% na obračunatu premiju tarifnikom, a u skladu sa Zakonom o porezu na premije neživotnih osiguranja, Drugi troškovi ne postoje.

Premija osiguranja koju ugovarač plaća je obračunata premija (2.4) uvećana za porez neživotnih osiguranja (2.5).

Osiguranje počinje u 0.00 sati dana koji je u potvrdi naveden kao dan početka osiguranja, ali ne pre nego što osiguranik pređe državnu granicu Republike Srbije i ne pre plaćanja premije. Osiguravajuće pokrće prestaje prelaskom granice Republike Srbije po završetku boravka u inostranstvu, a najkasnije istekom 24:00 časa onog dana koji je u potvrdi označen kao istek trajanja osiguranja.

5. Pravo na raskid ugovor i uslovi za raskid

Bez obzira na trajanje osiguranja, ugovarač ima pravo na raskid ugovora o osiguranju. Bez obzira na vreme važenja ugovora o osiguranju, ugovarač osiguranja ima pravo na raskid ugovora o osiguranju u slučaju otuđenja ili prestanka postojanja predmeta osiguranja. Ugovor o osiguranju zaključen sredstvom komunikacije na daljinu osiguranik može u svako doba jednostrano raskinuti, bez plaćanja bilo kakvih troškova, naknada ili kazne ako Osiguravač ne postupa u skladu sa odredbama Zakona o zaštiti korisnika finansijskih usluga kod ugovaranja na daljinu. U ovom slučaju Osiguravač nema pravo na naknadu štete zbog raskida ugovora. Ugovarač osiguranja nema pravo na raskid ugovora zaključenog na rok do 30 dana.

6. Rok u kojem ponuda obavezuje društvo za osiguranje: 8 dana.

7. Način i rok podnošenja odštetnog zahteva, odnosno ostvarivanje prava po osnovu osiguranja

Prijava štete vrši se:

- putem telefona pozivanjem pozvati *Call Centar* Pružaoca asistencije koji je u funkciji 24 sata na dan; broj telefona *Call Centra* je 011 36 36 999.

U slučaju potrebe za asistencijom, čim se dogodi osiguran slučaj, ili postoji mogućnost dešavanja, osiguranik je u obavezi da izvrši prijavu osiguranog slučaja.

Pod prijavom osiguranog slučaja, u smislu ovih Uslova, podrazumeva se da osiguranik izvrši sledeće radnje:

- odmah pozove Centar za pomoć na telefon koji se nalazi na polisi osiguranja, ili nekom drugom dokumentu,
- izvrši identifikaciju davanjem osnovnih podataka o sebi (ime i prezime, broj pasoša, broj polise i sl.),
- dostavi broj telefona i adresu, u inostranstvu, na koju može biti kontaktiran,
- kratko opiše vrstu i način nastanka osiguranog slučaja.

Odštetni zahtev se prvenstveno podnosi telefonskim pozivanjem *Call centra*, ali se može podneti poštom, telegramom, telefaksom, elektronskom poštom ili neposredno u poslovnim prostorijama Osiguravača.

Odštetni zahtevi dostavljeni u pismenoj formi moraju se overiti datumom o danu prijema.

Zaposleni zadužen za prijem odštetnih zahteva dužan je da podnosiocu prijave pruži neophodnu stručnu pomoć pri davanju odgovora na pitanja u odštetnom zahtevu i da mu saopšti način i vreme u kom može dobiti informacije o toku rešavanja štete.

Pozivanjem Centra za pomoć, ukoliko je poziv upućen zbog pogoršanja zdravstvenog stanja osiguranika, asistentska kompanija je u obavezi da pruži informaciju i uputi osiguranika u najbližu zdravstvenu ustanovu u inostranstvu sa kojom ima potpisan ugovor o saradnji.

Osiguranik je u obavezi da postupi po instrukcijama dobijenim od Centra za pomoć i javi se u predloženu ustanovu, prilažući polis osiguranja službama zdravstvene ustanove u koju je upućen.

Ako nije moguće hitno telefonirati, pre konsultovanja lekara ili odlaska u bolnicu, osiguranik treba da izvrši prijavu slučaja najkasnije u roku od 24 sata ili da pokaže lekaru, ili osoblju bolnice, polis osiguranja, koji, po pravilu, vrše prijavu osiguranog slučaja pozivanjem Centra za pomoć.

U svakom slučaju, kada, zbog iznenadne bolesti ili nesrećnog slučaja, nije moguće hitno telefonirati, a neophodno je bolničko lečenje (hospitalizacija), potrebno je odmah po prijemu izvršiti prijavu pozivom Centra za pomoć, na broj telefona naznačen na polisu osiguranja, a najkasnije u roku od 24 sata od nastanka osiguranog slučaja i, asistentskoj kompaniji, dati informacije o nazivu i adresi bolnice, imenu lekara koji ga leči i odgovarajuće brojeve telefona.

U slučaju da je osiguranik bio u komatoznom ili stanju smanjene svesti, rok za prijavu slučaja može biti produžena na najviše sedam (7) dana od datuma nastanka slučaja. Prijava izvršena od strane bliske osobe, policije, sudskog organa, bolničke ustanove, ili bilo koga ko mu je pritekao u pomoć, važi kao da je osiguranik lično izvršio prijavu.

Prijava slučaja u svakom slučaju mora biti učinjena pre plaćanja troškova i pre povratka osiguranika iz inostranstva.

U slučaju da osiguranik ne postupi u skladu sa prethodnim stavovima ovog člana i, iz bilo kog razloga, ne obrati se Centru za pomoć, ili odbije da postupi po instrukcijama dobijenim po pozivu Centra, a vezanim za upućivanje u zdravstvenu ustanovu sa kojom kompanija ima ugovor o saradnji, asistentska kompanija nije u obavezi da prihvati plaćanje troškova lečenja osiguranika nekoj drugoj zdravstvenoj ustanovi, već tu obavezu preuzima sam osiguranik.

Ako on ne izvrši ovu svoju obavezu u određeno vreme, dužan je naknaditi Osiguravaču štetu koju bi ovaj zbog toga imao.

Kad se dogodi osigurani slučaj, Osiguravač je dužan isplatiti naknadu ili svotu određenu ugovorom u ugovorenom roku koji ne može biti duži od 14 dana, računajući od dana kada je Osiguravač dobio obaveštenje da se osigurani slučaj dogodio.

Ali ako je za utvrđivanje postojanja Osiguravačeve obaveze ili njenog iznosa potrebno izvesno vreme, ovaj rok počinje teći od dana kada je utvrđeno postojanje njegove obaveze i njen iznos, odnosno od dana kompletiranja odštetnog zahteva.

Ako iznos Osiguravačeve obaveze ne bude utvrđen u navedenom roku Osiguravač je dužan, na zahtev ovlašćenog lica, isplatiti iznos nespornog dela svoje obaveze na ime predujma.

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

Korisnik usluga osiguranja može podneti Prigovor Društvu zbog povrede prava ili interesa u vezi s njegovim radom, a naročito u vezi sa postupanjem Društva ili lica koje za društvo obavlja poslove zastupanja u osiguranju, odnosno odlučivanjem Društva u vezi sa ugovorom o osiguranju ili njegovim izvršavanjem.

Prigovor Društvu za osiguranje u pismenoj formi može se podneti:

- u poslovnim prostorijama Društva, kao i u svakoj drugoj poslovnoj prostoriji u kojoj Društvo nudi Korisnicima usluge osiguranja ili

- poštom na adresu: Globos osiguranje ado Beograd Milutina Milankovića br. 23, sprat I, 11070 Novi Beograd ili Bulevar Mihajla Pupina 14, 21000 Novi Sad

- elektronskom poštom na adresu prigovori@globos.rs

Prigovor Društvu za osiguranje se podnosi u slobodnoj formi, a mora da sadrži sledeće podatke i dokumentaciju:

- ime, prezime i adresu podnosioca prigovora 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 pravnog lica;
- razloge za prigovor i zahteve njegovog podnosioca;
- 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;
- uz prigovor koji se dostavlja preko punomoćnika, dostavlja se i posebno punomoćje kojim korisnik ovlašćuje punomoćnika da u njegovo ime i za njegov račun podnese prigovor na rad Društva i da preduzima radnje u postupku po tom prigovoru, te kojim korisnik daje odobrenje da se tom punomoćniku učine dostupnim podaci koji se donose 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 je dužno da podnosioca prigovora, na njegov zahtev, obavesti o toku postupka po prigovoru.

Ako Korisnik usluge osiguranja namerava da podnese prigovor usmeno, Društvo je dužno da ga upozori da ono nije obavezno da razmatra usmeni prigovor, kao i da ga pouči o načinu na koji se prigovor može podneti.

Društvo je dužno da u slučaju podnošenja pisanog prigovora, na zahtev Korisnika usluga osiguranja izda potvrdu o prijemu prigovora, s naznakom mesta i vremena prijema, kao i lica zaposlenog kod Društva koje je prigovor primilo. Kada je prigovor podnet usmeno korišćenjem telefona - Društvo je dužno da taj prigovor evidentira, unošenjem u odgovarajuću evidenciju podataka o korisniku, sadržini prigovora, kao i datumu i vremenu prijema prigovora. Ako je korisnik podneo prigovor preko internet prezentacije, imejlom ili na drugi odgovarajući način u elektronskom obliku, Društvo je dužno da imejlom ili na drugi odgovarajući način u elektronskom obliku odmah potvrdi prijem prigovora.

Društvo je dužno da razmotri prigovor i da korisniku dostavi pismeni odgovor u roku od 15 dana od dana prijema prigovora. U slučaju da Društvo ne može da dostavi odgovor u roku od 15 dana, iz razloga koji ne zavise od njegove volje, navedeni rok se može produžiti za najviše 15 dana, o čemu je Društvo dužno da pismeno obavesti Korisnika usluge osiguranja u roku od 15 dana od dana prijema prigovora. Obaveštenje mora da sadrži razloge zbog kojih nije moguće dostaviti odgovor u roku, kao i krajnji rok u kome će odgovor biti dostavljen.

Društvo odgovor na prigovor korisniku dostavlja u pismenoj formi, poštom ili u formi elektronskog dokumenta, imejlom, na drugi odgovarajući način u elektronskom obliku ili putem internet prezentacije Društva, koji omogućava da se utvrde datum i vreme prijema odgovora i njegova sadržina, kao i ako se korisnik sa ovakvim načinom dostavljanja u elektronskom obliku izričito saglasio.

Društvo može odgovor na prigovor da dostavi poštom u obliku odštampanog primerka elektronskog dokumenta (kopija elektronskog dokumenta na papiru), a korisnik nakon toga ima parvo da zahteva da mu se dostavi originalni primerak elektronskog dokumenta ili njegova overena kopija koja sadrži kvalifikovani elektronski potpis ovlašćenog lica Društva ili kvalifikovani elektronski pečat.

Ako Društvo oceni prigovor kao osnovan, obavestiće podnosioca prigovora o tome da su razlozi zbog kojih je prigovor uložen otklonjeni, odnosno o roku za njihovo otklanjanje i o merama koje će biti preduzete za njihovo otklanjanje.

Društvo neće Korisniku usluge osiguranja naplatiti naknadu niti bilo koje druge troškove za postupanje po prigovoru.

9. Naziv, sedište i adresa organa nadležnog za poslovanje osiguravača i način zaštite prava i interesa ugovarača osiguranja kod tog organa

Nadzorni organ nad poslovanjem društva - Narodna banka Srbije, Kralja Petra 12, 11000 Beograd.

Ako je nezadovoljan odgovorom na prigovor ili mu taj odgovor nije dostavljen u predviđenom roku navednom u ovoj Informaciji, korisnik može u pisanoj formi, pre pokretanja sudskog spora, Narodnoj banci Srbije (u daljem tekstu NBS) podneti predlog za posredovanje ili prigovor na rad Društva:

- preko internet prezentacije Narodne banke Srbije kojima se pristupa klikom na tekst [Podnesite pritužbu/prigovor na rad davaoca finansijskih usluga/predlog za posredovanje](#).

- putem pošte na adresu: Narodna banka Srbije, *Poštanski fah 712, 11000 Beograd*

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

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 davaoca usluga (poslovno ime i sedište), utvrđivanje odnosa korisnika s davaocem usluga, kao i razloge za podnošenje prigovora, tj. šta se prigovorom zahteva.

Rok za podnošenje prigovora NBS je šest meseci od dana prijema odgovora Društva ili proteka roka za dostavljanje odgovora. Korisnik usluge osiguranja, uz prigovor na rad Društva, NBS dostavlja prigovor koji je dostavio Društvu za osiguranje, njegov odgovor (ako ga je davalac dostavio) i dokumentaciju na osnovu koje se navodi iz prigovora Narodnoj banci Srbije mogu ceniti.