

## INFORMACIJE ZA UGOVARAČA I OSIGURANIKU PRE ZAKLJUČENJA UGOVORA O OSIGURANJU Individualno dobrovoljno zdravstveno osiguranje

### Poslovno ime, pravna forma, sedište i adresa društva za osiguranje

UNIQA neživotno osiguranje a.d.o. Beograd, (u daljem tekstu: UNIQA/Osiguravač) Milutina Milankovića 134g 11070 Novi Beograd, broj telefona: 011/ 20 24 100, broj telefaksa: 011/ 20 24 160, imejl adresa: info@uniqa.rs, internet stranica: www.uniqa.rs

### Uslovi osiguranja i pravo koje se primenjuju

- Opšti Uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje koji se primenjuju od 14.09.2016.
- Posebni uslovi za kombinovano paralelno, dodatno i privatno individualno dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vanbolničko i bolničko lečenje koji se primenjuju od 11.02.2019.

U slučaju da ugovarač osiguranja i osiguranik nisu isto lice, Osiguravač je dužan da osiguranika obavesti o informacijama koje su sadržane u ovom dokumentu, te da osiguranicima obezbedi Uslove osiguranja koji se primenjuju na predmetni ugovor o osiguranju.

### Zakonski propisi koji se primenjuju na ugovor

Zakon o obligacionim odnosima i Zakon o osiguranju.

### Vreme važenja Ugovora

Ugovor počinje da važi:

- Istekom 24.00-tog sata dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja, pod uslovom da je plaćena premija, ili rata premije;
- Ako prva ugovorena premija nije plaćena do dana koji je u polisi označen kao početak osiguranja, Ugovor počinje da važi 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.

Ugovor prestaje da važi:

- Istekom 24.00-tog sata dana koji je u polisi označen kao dan isteka osiguranja,
- Osiguranje prestaje za svako osigurano lice, bez obzira na koji period je ugovoreno trajanje osiguranja, u slučajevima kada:  
Nastupi smrt Osiguranika,  
Osigurano lice izgubi status obavezno zdravstveno osiguranog lica;  
Osigurano lice stekne status obavezno zdravstveno osiguranog lica - kod privatnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

### Vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

- Paralelno zdravstveno osiguranje – kojim se pokrivaju troškovi zdravstvene zaštite koji nastaju kada Osiguranik ostvaruje zdravstvenu zaštitu koja je obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem, ali na drugačiji način od ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja
- Privatno zdravstveno osiguranje- pokriva lica koja nisu obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem, ili koja se nisu uključila u obavezno zdravstveno osiguranje

### Rizici koji su pokriveni osiguranjem

Osnovno osiguravajuće pokrivanje može biti:

1. Vanbolničko lečenje

2. Vanbolničko i bolničko lečenje

Dopunska pokriva (mogu se pojedinačno ugovoriti uz osnovno pokrivanje):

- Sistematski pregled,
- Oftalmološke usluge,
- Stomatološke usluge,
- Fizikalna terapija,
- Lekovi propisani od strane lekara.

### Isključenja u vezi s rizicima

Definišu se uslovima osiguranja, osim ukoliko se Ugovarač i Osiguravač pre izdavanja polise ne dogovore drugačije. Postignut dogovor, koji odstupa od uslova osiguranja, pre izdavanja polise, Osiguravač navodi na polisi osiguranja.

### Opšta isključenja obaveze Osiguravača

(1) 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;

(2) Isključena je obaveza osiguravača za nadoknadu troškova lečenja nastalih kao posledica ili u vezi sa:

1) Reproduktivnim tretmanom i to:

- za sprečavanja začeća za muškarce i žene (mehanička i hormonska kontracepcija i njene posledice);
- vazektomije i sterilizacije;
- seksualne disfunkcije;
- abortus i njegove posledice – ako je izvršen iz psiholoških ili socijalnih razloga, izuzev abortusa u hitnim medicinskim slučajevima, odnosno iz medicinskih razloga kao što su: strukturalna, odnosno hromozomska oštećenja ploda, zdravstvena stanja koja ugrožavaju život majke, spontani abortus i medicinski indikovani abortus;
- laboratorijska ispitivanja i dijagnostičke procedure u svrhu ispitivanja plodnosti i lečenja neplodnosti, svi tretmani pripreme za veštačku oplodnju i lekovi i bilo koji oblik veštačke oplodnje;
- posle sterilizacije, vraćanje na prethodno stanje;
- hirurški zahvat promene pola;
- lečenje viagrom ili generičkom zamenom.

- Medicinskim tretmanom ili lečenjem koje je započeto pre početka osiguranja;
- Medicinskim tretmanom ili lečenjem koje je započeto u periodu karence;
- Preventivnim pregledima (pregledi neophodani u svrhu sprečavanja nastanka bolesti - preventivna zdravstvena zaštita);
- Operacija kuka sa ugradnjom endoproteze i operacija kolena sa ugradnjom endoproteze;
- Svi tipovi vakcina, kao i serumi;
- Lečenje gljivičnih oboljenja noktiju na šakama i stopalima, kao i pregledi i lečenje uraslih noktiju i zanoktica;
- PRP tretman krvnom plazmom;
- Pregledi lekara opšte medicine ili specijaliste u cilju izdavanja potvrda za vrtić, rekreativnu nastavu, vozačku dozvolu, put u inostranstvo, vizu i ostale administrativne potrebe;
- Svi preventivni i skrining pregledi i dijagnostičke procedure indikovani starosnom dobi, pozitivnom porodičnom anamnezom ili na lični zahtev osiguranika, bez obzira na medicinsku indikaciju;
- Ispitivanje funkcije autonomnog nervnog sistema, sinkopa test;
- Homeopatijom i akupunkturom;
- Pregledi psihijatra (neuropsihijatra), psihoanaliza i psihoterapija;
- Nabavkom preparata koji se koriste za toaletu sluznica prirodnih otvora, antiseptika za lokalnu upotrebu, vitaminskih preparata za jačanje imuniteta (vitamini i minerali), preparata za negu problematične kože;
- Svi troškovi vezani za lečenje astigmatizma i strabizma, miopije, hipermetropije i presbiopije uključujući hirurški zahvat radikalne keratotomije,
- Operacija katarakte;
- Laserski tretmani korekcije vida;
- 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 pomagalicama i to:
  - koji služe u estetske svrhe, bilo da je iz psiholoških razloga ili ne, uključujući i stomatološke estetske tretmane, kao i posledice istih, izuzev implantata kod totalne mastektomije;
  - hirurški zahvati i procedure po ličnoj želji, tretman i/ili hirurški zahvat koji nije medicinski neophodan;
  - uklanjanje mladeža po ličnoj želji;
- Cirkumcijacija (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, hidroklirikama, stacionarnim zdravstvenim ustanovama specijalizovanim za rehabilitaciju (banje), sanatorijumima ili domovima za stare (gerijatrijske ustanove)
- 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, hiperkeratoze i čukljevi;
- Tretmanom smanjenja telesne težine ili programom smanjenja telesne težine, operacijom ugradnje gastričnog balona, nutricionističkim savetima, obukom u vezi sa ishranom;
- Tretmanima za podmlađivanje;
- Uslugama psihologa, logopeda, defektologa;
- Tretmanima u slanoj sobi;
- Pregledima, analizama i obukom u vezi sa ishranom, nutricionističkim savetima;
- Terapijom bola;
- 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 slučajevima kada je ovlašćeni lekar osiguranog lica u potpunosti informisan o tretmanu pa može da podrži odštetni zahtev;
- Eksperimentalnim medicinskim tretmanom koji podrazumeva:
  - tretman koji nije naučno ili medicinski priznat;
  - proučavanje sna i druge tretmane u vezi sa zastojeom disanja u snu;
- Ostalim troškovima koji podrazumevaju:
  - sve troškove koji su iznad standardnih i uobičajenih troškova;
  - sve troškove za dodatna osiguravajuća pokrivaća koja nisu ugovorena i za koje nije plaćena dodatna premija;
  - troškove kupovine predmeta za ličnu negu tokom boravka u zdravstvenoj ustanovi;
  - troškove bioloških lekova, lekova za naprednu terapiju, biljnih lekova, tradicionalnih lekova i tradicionalnih biljnih lekova, magistrinalnih i galenskih lekova

koji se koriste za lečenje prehlade, lekova u eksperimentalnoj i istraživačkoj fazi lekovitih i mineralnih voda, medicinskih vina, hranjivih preparata i sredstva za jačanje imuniteta, vitamina, okrepljujućih sredstava, kozmetičkih sredstava, sredstava za ličnu negu kao i preparata koji nisu u registru medicinskih sredstava;

5. troškove inovativnog, odnosno originalnog leka na recept kada postoji i generička zamena, osim ako je lekar naznačio da je neophodan naznačeni lek;
  6. troškove nastale zato što je zdravstvena ustanova praktično postala ili bi mogla da se tretira kao dom ili stalno boravište osiguranog lica;
  7. sve nemedicinske troškove;
  8. 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, ili 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 zalih za šezdeset (60) dana, a propisanih u toku osiguravajuće godine i ako je ovo pokrće ugovoreno;
  9. uputstva za upotrebu i održavanje trajne medicinske opreme;
  10. prilagodavanje vozila, kupatila ili objekta za stanovanje ličnim potrebama;
  11. troškove svih medicinskotehničkih pomagala koja se izdaju bez naloga;
  12. 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, usučane ili toplotne lampe, jastučići za grejanje, bidei, sedišta za toalet, sedišta za kadu, saune, liftovi, dakuzi, oprema za vezbanje i slični predmeti.
- 42) Pregledi i tretmani oboljenja temporomandibularnog zgloba, pregledi i lečenje stanja poremećene normalne okluzije;
- 43) Bolničkim lečenjem u zdravstvenoj ustanovi, bolnicama, odeljenju ili sličnoj stacionarnoj ustanovi za mentalno zdravlje;
- 44) Isključena je obaveza Osiguravača da nadoknadi troškove pregleda lekara opšte prakse ili specijaliste ukoliko su troškovi nastali kao posledica davanja drugog mišljenja u slučaju preporuke hirurške intervencije od strane ovlašćenog lekara.

#### 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 (prethodno stanje);
- 2) kada osigurani slučaj zahteva bolničko lečenje a posledica je prethodnog zdravstvenog stanja kod lica pre prvog uključivanja u osiguranje;
- 3) kod svih dopunskih pokrćića, ukoliko nije ugovorena i plaćena dodatna premija;
- 4) kod troškova prevoza do ustanove u Mreži zdravstvenih ustanova;
- 5) kod troškova koji nastanu usled medicinskog tretmana ili lečenja koje je započelo pre početka osiguranja;
- 6) nastale kao posledica namere ili krajnje nepažnje osiguranog lica, uključujući i nesreće u saobraćaju;
- 7) kao posledica učešća u izvršenju krivičnog dela od strane osiguranog lica;
- 8) kod stanja pod uticajem alkohola, narkotika i opijata;
- 9) 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;
- 10) usled bavljenja osiguranog lica rizičnim i opasnim aktivnostima ili sportovima, kao što su: lov, akrobacije, ronjenje, jedriličarstvo, speleologija, planinaranje, rukovanje pirotehničkim sredstvima, vatrometom, municijom i eksplozivima, padobranstvo, skijaški skokovi, vožnja bobom, akrobatsko skijanje, bandži džamping, auto-moto trke, karting i sl;
- 11) kod troškova nastalih 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;
- 12) kod troškova nastalih kao posledica prirodne katastrofe (npr. vulkanske erupcije, zemljotresa i sl.), elementarne nepogode, epidemija i pandemija;
- 13) kod troškova nastalih 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;
- 14) ako je odštetni zahtev po bilo kom osnovu lažan ili zasnovan na lažnim podacima i iskazima;
- 15) 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 infulta (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.
- 16) pregledi lekara specijaliste Fizijatra, osim ukoliko je ugovoreno dopunsko pokrće

za fizikalnu terapiju;

- 17) HP analize za materijal dobijen u toku hirurške intervencije za koju ne postoji pokrćić, takođe se isključuje imuno histohemijska analiza patohistoloških nalaza dobijenih u toku hirurške intervencije za koju ne postoji pokrćić.

#### Visina premije osiguranja, način plaćanja premije osiguranja, visina doprinosa i poreza i drugih troškova koji se obračunavaju pored premije osiguranja, kao i ukupan iznos plaćanja

Visina premije osiguranja se obračunava na osnovu važećih Tarifa (cenovnika) Osiguravača.

Visina premije se ugovara i iskazuje na godišnjem nivou.

Plaćanje premije vrši se po ugovorenoj dinamici plaćanja: mesečno / kvartalno / polugodišnje / godišnje, i to: trajnim nalogom / uplatnicom / direct debit-om / administrativnom zabranom / nalogom za uplatu premije.

Porezi i doprinosi se plaćanju u skladu sa Zakonom o porezu na dohodak građana i Zakonom o doprinosima za obavezno socijalno osiguranje.

**Pravo na raskid ugovora i uslovi za raskid, odnosno pravo na odustanak od ugovora**  
Ugovarač osiguranja ima pravo da odustane od ugovora o osiguranju (polise) u roku od 14 dana od dana izdavanja polise odnosno dana zaključenja ugovora, u skladu sa Zakonom o zaštiti potrošača. U slučaju odustanka od ugovora u navedenom roku, Osiguravač vraća uplaćenu premiju pod uslovom da do dana odustanka od ugovora nije prijavljena šteta Osiguravaču. Ugovor o osiguranju svaka strana može raskinuti, obaveštavajući pisanim putem drugu stranu najkasnije tri meseca pre isteka tekuće godine osiguranja. Ukoliko Ugovarač osiguranja izjavi da raskida višegodišnji, ili ugovor zaključen na neodređeno vreme, pre isteka 2 godine, dužan je da Osiguravaču vrati iznos odobrenih popusta na premije osiguranja iz prethodnih godina.

Ukoliko je do dana raskida nastao osigurani slučaj Ugovarač osiguranja je dužan da plati Osiguravaču celokupnu premiju za tekuću godinu osiguranja po raskidu Ugovora o osiguranju, bez obzira na ugovorene rokove plaćanja.

Osiguravač ima pravo da raskine ugovor u sledećim slučajevima:

- 1) Ukoliko je Ugovarač, odnosno Osigurani, učinio netačnu prijavu ili prečutao neku okolnost koja je takve prirode da Osiguravač ne bi zaključio Ugovor pod istim uslovima da je znao za pravo stanje stvari;
- 2) Usled neplaćanja premije od strane Ugovarača.

#### Rok u kome ponuda obavezuje društvo za osiguranje

Rok u kome ponuda obavezuje društvo za osiguranje je osam dana.

#### Način i rok za podnošenje odštetnog zahteva i ostvarivanje prava na naknadu po osnovu osiguranja

Kada nastane osigurani slučaj, Osigurani je u obavezi da pre korišćenja medicinske usluge pozove MedUniq kontakt centar Osiguravača, koji za Osigurani ugovara vrstu, datum i vreme pregleda ili drugih medicinskih usluga u okviru zdravstvenih ustanova koje pripadaju Mreži zdravstvenih ustanova. Osigurani pre korišćenja medicinskih usluga poziva MedUniq kontakt centar Osiguravača i medicinski obra-zovanom licu MedUniq kontakt centra odgovara na postavljena pitanja u vezi sa svojim trenutnim zdravstvenim stanjem radi realizacije ugovora o osiguranju.

Pregled Mreže zdravstvenih ustanova objavljen je na web stranici Osiguravača. Nakon pruženih medicinskih usluga, ustanova iz Mreže zdravstvenih ustanova dostavlja Osiguravaču dokumentaciju definisanu ugovorom o poslovnoj saradnji. Osigurani ima pravo da refundira troškove koje je snosio sam, samo ukoliko se ovo pravo navede ugovorom ili iz prethodno odobrenje lekara MedUniq kontakt centra. U slučaju refundacije troškova, potrebno je da Osigurani dostavi sledeće:

- Obrazac prijave osiguranog slučaja;
- Medicinski izveštaj sa navedenom dijagnozom;
- Propisan recept za lekove/pomagala od strane ovlašćenog lekara;
- Original račun za medicinske usluge;
- Fotokopiju isprave dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- Fotokopiju lične karte;
- Tekući račun.

Osiguravač vrši naknadu troškova lečenja u roku od 14 dana, od dana kada je primio kompletiranu dokumentaciju i utvrdio postojanje obaveze.

#### Način zaštite prava i interesa korisnika usluga osiguranja

Korisnik usluga osiguranja\*, ukoliko je nezadovoljan pružanjem usluga osiguranja, može podneti prigovor (lično, preko zastupnika odnosno punomoćnika) Osiguravaču u pisanoj formi:

- U svim poslovnim prostorijama UNIQA;
- Poštom na adresu sedišta: UNIQA osiguranje a.d.o. Beograd: ul. Milutina Milankovića br. 134g, 11070 Novi Beograd;
- Na e-mail: prigovori.nezivot@uniqa.rs;
- Putem telefaksa 011/20-24-131.

Prigovor se podnosi isključivo pisanim putem, stoga UNIQA osiguranje nije u obavezi da razmatra usmene prigovore, već da podnosioca prigovora uputi na podnošenje prigovora pisanim putem.

Prigovor treba 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;
- Punomoćje za zastupanje ako je prigovor podneo punomoćnik.

Prigovor se podnosi usled nezadovoljstva podnosioca postupanjem ili odlučivanjem UNIQA osiguranja u vezi sa ugovorom o osiguranju ili zbog povrede prava korisnika usluga osiguranja radom UNIQA osiguranja ili zastupnika.

UNIQA je u obavezi da podnosiocu prigovora pismeno odgovori najkasnije u roku od 15 dana od dana prijema prigovora. Izuzetno, navedeni rok može se produžiti za najviše 15 dana, o čemu će UNIQA pisanim putem obavestiti podnosioca prigovora. Podnosilac prigovora ima pravo da bude obavešten o toku postupka po prigovoru o čemu je UNIQA dužna da ga obavesti na njegov zahtev i to:

- U svim poslovnim prostorijama UNIQA;
- Poštom na adresu podnosioca;
- Na e-mail podnosioca.

\*Pod korisnikom usluga osiguranja podrazumeva se osiguranik/ugovarač osiguranja/korisnik osiguranja kao i treće oštećeno lice.

#### **Naziv, sedište i adresa organa nadležnog za nadzor nad poslovanjem društva za osiguranje**

Nezadovoljan odlukom po prigovoru, ili ako Osiguravač u propisanom roku nije pismeno odgovorio na prigovor, korisnik usluge osiguranja može na rad društva za osiguranje podneti prigovor Narodnoj banci Srbije, koji se odnosi na zaštitu njegovih prava i interesa kao korisnika usluge osiguranja. Korisnik usluge osiguranja može podneti prigovor Narodnoj banci Srbije u roku od šest meseci, počev od dana prijema odgovora Osiguravača na prigovor, odnosno od protoka roka za dostavljanje odgovora na prigovor. Takođe, ukoliko podnosilac prigovora nije zadovoljan odgovorom Osiguravača, sporni odnos između korisnika usluge osiguranja i Osiguravača se može rešiti u vansudskom postupku - postupku posredovanja.

Prigovor, odnosno predlog za posredovanje se podnosi Narodnoj banci Srbije u pisanoj formi, na adresu Nemanjina br. 17 , 11000 Beograd, ili elektronskom poštom na adresu: [zastita.korisnika@nbs.rs](mailto:zastita.korisnika@nbs.rs). Korisnik usluge osiguranja uz prigovor upućen Narodnoj banci Srbije dostavlja i prigovor koji je dostavio Osiguravaču, odgovor Osiguravača i dokumentaciju na osnovu koje se navodi iz prigovora mogu ceniti. Sve dodatne informacije i pojašnjenja možete pronaći na našem sajtu [www.uniqa.rs](http://www.uniqa.rs), u poslovnim prostorijama UNIQA osiguranja ili pozivom na broj: 011/ 20 24 100.

#### **Zaštita podataka o ličnosti**

Informacije o obradi podataka o ličnosti, dostupne su na internet stranici [www.uniqa.rs](http://www.uniqa.rs).

Osiguravač dostavlja Informacije o obradi podataka o ličnosti uz ponudu/polisu osiguranja.