

OBAVEŠTENJE O PREDUGOVORNIM INFORMACIJAMA

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

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

1. PODACI O DRUŠTVU ZA OSIGURANJE

Poslovno ime: Triglav Osiguranje a.d.o. Beograd
Pravna forma: akcionarsko društvo za osiguranje
Sedište: Republika Srbija, Beograd
Adresa sedišta: Novi Beograd, Milutina Milankovića 7a

Broj telefona za korisnike usluga osiguranja:
+381 11 3305100
Broj telefaksa: +381 11 3122420
Email adresa: office@triglav.rs
Internet stranica: www.triglav.rs

2. OPIS GLAVNIH KARAKTERISTIKA USLUGE OSIGURANJA

A. RIZICI POKRIVENI OSIGURANJEM, ISKLJUČENJA I VREME VAŽENJA UGOVORA

2.1 Uslovi osiguranja i pravo koje se primenjuje na ugovor o osiguranju

Imate pravo da se blagovremeno, pre zaključenja ugovora o osiguranju, upoznate sa uslovima osiguranja koji se primenjuju na taj ugovor.

Uslovi koji se primenjuju za ovaj proizvod: **OPŠTI USLOVI ZA OSIGURANJE PUTNIKA ZA VREME PUTA I BORAVKA U INOSTRANSTVU (U-OPI/21-04)** koji su u primeni i važe od 01.04.2021. godine.

Na ugovor o osiguranju primenjuju se i ostale imperativne odredbe Zakona o obligacionim odnosima dok se dispozitivne odredbe primenjuju ukoliko pojedina pitanja na koja se odnose nisu drugačije regulisana navedenim uslovima. Na prava i obaveze iz ugovora o osiguranju primenjuje se pravo Republike Srbije.

2.2 Rizici pokriveni osiguranjem

Osiguravajuće pokriće obuhvata pružanje putnih i pravnih usluga, troškove nužnog medicinskog tretmana kao i troškove prevoza zbog nepredviđene bolesti ili njenih posledica, koja je počela ili nastala na putu ili boravku u inostranstvu.

Osigurani slučaj nepredviđene bolesti počinje sa početkom lečenja a završava kada, po mišljenju lekara,

lečenje više nije potrebno ili kada se Osiguranik može bezbedno transportovati u zemlju prebivališta na dalje lečenje.

Ukoliko se lečenje odnosi na bolest ili posledicu nezgode koja sa prethodnom nije u uzročnoj vezi, Osiguravač će to smatrati novim osiguranim slučajem. Osiguravač nadoknađuje osiguraniku - osim u slučajevima koji su isključeni iz osiguranja – razumne i uobičajene troškove nužnog medicinskog tretmana i transportne troškove ostvarene za vreme njegovog putovanja i boravka u inostranstvu.

Razumnim i uobičajenim troškovima smatraju se oni troškovi medicinskog lečenja (tretmana), koji nisu veći od opšteg nivoa troškova u sličnim situacijama na tom području, kada se radi o istom ili sličnom medicinskom tretmanu.

Kao troškovi nužnog medicinskog tretmana (ili medicinske asistencije) ukoliko je potreban i odobren prema mišljenju asistentske kompanije smatraju se isključivo troškovi: (a) medicinskog tretmana; (b) za lekove i zavoje koje je prepisao lekar; (c) za medicinska pomagala neophodna za lečenje (na primer, flasteri, gips, ortopedska pomagala, zavoji, štake) koja je prepisao lekar; (d) za rendgensku dijagnostiku; (e) za ambulantno pružanje medicinskih usluga ukoliko ambulanta raspolaže dijagnostičkom i terapijskom opremom i radi po metodama koje su naučno priznate i klinički ispitane u zemlji privremenog boravka osiguranika. Osiguranik se mora uputiti u bolnicu u mestu njegovog privremenog boravka ili u najbližu odgovarajuću bolnicu. Ambulantno lečenje ne podrazumeva kontrolne preglede osim u slučajevima da ih odobri lekar cenzor kao neophodne (u situacijama pogoršanja zdravstvenog stanja osiguranika i sl.); (f) prevoz do bolnice; (g) operisanja (uključujući i indirektno troškove operacije); (h) bolničkog lečenja (hospitalizacija) u ustanovi koja se smatra bolnicom, pri čemu se koristi bolnica u mestu u kom je osiguranik odseo ili najbliža odgovarajuća bolnica; (i) hitne stomatološke intervencije potrebne za otklanjanje akutnog bola zbog bolesti ili oštećenja zuba uključujući i vađenje zuba i jednostavne opravke proteza isključujući završne radove na zubu ili krunici, ali ne i izradu veštačkih zuba ili krunica, najviše do 150 EUR; (j) kod alergijskih reakcija bez komplikacija i kod opekotina od sunca, na ime troškova lekarskog tretmana i medicinskih sredstava, osiguranik sam plaća iznose do 50 EUR i deo troškova koji prelazi 100 EUR, tako da maksimalna obaveza osiguravača iznosi 50 EUR.

Kao troškovi prevoza smatraju se isključivo: (a) nužni troškovi za prevoz osiguranika u Republiku Srbiju, učinjeni po nalogu lekara u slučaju da ne postoji mogućnost pružanja dovoljne medicinske nege u mestu posete osiguranika, ili u najbližoj okolini, a što može

uticati na pogoršanje pacijentovog zdravlja i u slučajevima kada je osiguranik sposoban za putovanje a u cilju uštede troškova po bolničkom danu. Nezavisno od toga, takođe se priznaju dodatni troškovi za pratioca, ukoliko je potrebna medicinska pratnja ili je predviđena zakonom; (b) u slučaju smrti - nužni troškovi prevoza u Republiku Srbiju ili nužni troškovi sahrane u mestu smrti u inostranstvu, uz isključenje sahrane u zemlji prebivališta ali ne više od iznosa ugovorenog i navedenog u polisi osiguranja.

PROŠIRENJE POKRIĆA ZA SLUČAJ BOLESTI COVID 19 IZAZVANE VIRUSOM SARS COV-2

(1) Ugovaranjem proširenja pokrića za slučaj bolesti COVID 19 izazvane virusom SARS COV-2 pokriće po ovim Opštim uslovima proširuje se i na sledeća pokrića:

a) neophodni medicinski pregledi ovlašćenog lekara i medicinski opravdano testiranje na bolest COVID 19 odnosno prisustvo virusa SARS COV-2 u slučaju ispoljavanja simptoma infekcije korona virusom u cilju dijagnostifikovanja i pružanja hitne medicinske pomoći, b) nabavka lekova u vanbolničkom lečenju za slučaj potvrđene infekcije, c) bolničko lečenje, d) repatrijacija

(2) Ugovaranjem proširenja pokrića za slučaj bolesti COVID 19 izazvane virusom SARS COV-2 pokriće po ovim Opštim uslovima ne pokriva se:

a) Troškovi preventivnog testiranja na bolest COVID 19 odnosno prisustvo virusa SARS COV-2 odnosno antitela izazvana ovim virusom, b) Troškovi boravka u karantinu ili izolaciji

(3) Osiguravač pokriva troškove iz stava (1) ovog Člana do ukupnog maksimalnog podlimita od 5.000 EUR.

Maksimalna obaveza osiguravača za pojedinačno putovanje određena je sumom osiguranja navedenoj na polisi osiguranja. Sume osiguranja se razlikuju zaviso od programa osiguranja i to:

a) Osnovni program osiguranja

Ukupna suma osiguranja najviše 15.000 EUR, od čega za troškove prevoza najviše 3.600 EUR

b) Nadstandardni program osiguranja

Ukupna suma osiguranja najviše 30.000 EUR, od čega za troškove prevoza najviše 7.200 EUR

Ukoliko je za isti period osiguranja, zaključeno više ugovora o osiguranju za jednog osiguranika, osiguravač ima obavezu iz osiguranja samo po ugovoru sa najvišom sumom osiguranja.

PUTNA I PRAVNA ASISTENCIJA

Osiguravajuće pokriće putne asistencije obuhvata pružanje sledećih usluga: 1. informisanje o zemlji u koju se putuje; 2. razne savetodavne usluge u vezi hitnog putovanja; 3. obezbeđenje usluga prenosa poruka; 4. informisanje u slučaju gubitka ili kašnjenja prtljaga; 5. informacije u vezi rent-a-car usluga.

Osiguravajuće pokriće obuhvata pružanje pravnih usluga: 1. organizovanje pravne pomoći, upućivanjem na advokata, kada je osiguraniku neophodna pravna

| | |
|---|---|
| | <p>zaštita za vreme boravka u inostranstvu – troškove advokatskog honorara plaća osiguranik; 2. upućivanje osiguranika na predstavnike lokalnih organa, ambasada i konzulate; 3. obezbeđenje usluga prevodioca - troškove prevoda plaća osiguranik; 4. administrativna pomoć u vezi ličnih i putnih isprava.</p> |
| <p>2.3 Isključenja u vezi sa rizicima koji su pokriveni osiguranjem</p> | <p>Osiguravač nije u obavezi da nadoknadi troškove medicinskog tretmana i troškove prevoza nastale zbog:</p> <ul style="list-style-type: none">• lečenja raka, SIDE (AIDS-a) i veneričnih bolesti, kao i troškovi lečenja zadnjih stadijuma hronične bolesti;• hroničnih, povratnih bolesti ili njihovih posledica, kao i posledica bolesti koje su postojale ili su bile poznate u vreme zaključenja ugovora o osiguranju, sem u slučaju neposredne životne ugroženosti osiguranika;• bolesti, uključujući njihove posledice, kao i posledica nezgode koje su prouzrokovane ratom, invazijom, terorističkim aktivnostima, građanskim ratom, činom sabotaže ili |

terorizma, pobune, revolucije, ustanka, vojne, druge uzurpacije vlasti, kao i aktivnog učešća osiguranika u nemirima ili bunama bilo koje vrste; • namerne radnje osiguranika, samoubistva i pokušaja samoubistva ili duševne bolesti – neuračunljivosti osiguranika; • bolesti ili nezgode koje su posledica aktivnog učešća osiguranika u kriminalnim radnjama, ako je namerno prouzrokovana postupkom osiguranika ili posledica uživanja alkohola ili drugih opijata. Smatra se da je osiguranik pod uticajem alkohola ili opijata ako je posle nastanka osiguranog slučaja utvrđeno prisustvo alkohola u krvi više od 0,3 ‰, odnosno ako su pronađeni tragovi narkotičkih sredstava; • bolesti ili nezgode koje su posledica upotrebe neregistrovanih lekova, ili korišćenja lekova bez uputstva lekara; • odstranjivanja estetskih defekata ili telesnih anomalija, preventivnog vakcinisanja, dezinfekcije, dijagnostikovanja i testiranja; • boravka u banjama, rehabilitacionim centrima, sanatorijumima, zdravstvenim centrima, medicinskim institutima i kućama i sličnim institucijama za zdravstvenu rehabilitaciju; • psihoanalitičkih i psihoterapeutskih tretmana; • trudnoće i tegoba tipičnih za trudnoću, izuzev u slučaju akutnog, nenormalnog toka trudnoće i njenih posledica, kada osiguravač pokriva troškove lečenja i medicinskih mera za direktno otklanjanje opasnosti po život majke i deteta, pod uslovom da trudnica na početku nenormalnog toka trudnoće nije navršila 36 godina života, ni trideset nedelja trudnoće; • praćenja ili prekida trudnoće, porođaja i njegovim posledicama; • nege pružene od strane osiguranikovog partnera, dece ili roditelja; • rehabilitacije i proteza; • zbrinjavanja koje nije navedeno u članu 6. Opštih uslova za osiguranje putnika za vreme puta i boravka u inostranstvu, a kojim su definisane obaveze Osiguravača; • upravljanja kamionom, autobusom, avionom, vozom, brodom i drugim vozilom na motorni pogon od strane profesionalnog vozača, do visine štete u iznosu od 100 EUR (franšiza); • bolesti ili nezgode koje osiguranik zadobije, odnosno pretrpi aktivno učestvujući u sportskim takmičenjima ili pripremama koje organizuju sportski savezi ili društva osim ako je to izričito ugovoreno; • osiguranikovog bavljenja rizičnim i opasnim sportovima ili aktivnostima (ekstremni sportovi ili slično), kao što su: sve vrste borilačkih sportova, lov, akrobacije, planinarenje, paraglajding, speleologija, pećinsko ronjenje, padobranstvo, skijaški skokovi, skijanje na vodi, vožnja bobom, akrobatsko skijanje, hokej, klizanje na ledu, vožnja bagijem, vodenim skuterima, bavljenje eksplozivom i vatrometom, jedriličarstvo, auto trke, motociklističke trke i slično; • upravljanje motornim vozilom osiguranika, bez odgovarajuće vozačke dozvole ili pod dejstvom alkohola ili opijata i bez korišćenja zaštitne opreme kod motocikla (kaciga). U slučaju nastanka

osiguranog slučaja prilikom prijave povrede obavezno se dostavlja i kopija vozačke dozvole i urađen alko test. Smatra se da je osiguranik pod uticajem alkohola ili opijata ako je posle nastanka osiguranog slučaja utvrđeno prisustvo alkohola u krvi više od granice dozvoljene propisima države u kojoj se osigurani slučaj dogodio; • boravka u bolnici od dana kad bi asistentska kompanija bila u stanju i od kada bi imala pravo da izvrši repatrijaciju osiguranika; • smeštaja u jednokrevetnu ili privatnu sobu u bolnici, osim ukoliko medicinski tim smatra da je to neophodno; • osiguranikovog odbijanja da se pridržava instrukcija koje dobije od medicinskog tima, ili odbijanje datuma, vrste i načina repatrijacije koju odredi asistentska kompanija nakon konsultacije sa lekarom, odnosno medicinskom ustanovom koja leči osiguranika u inostranstvu; • samovoljno organizovane repatrijacije, bez prethodno dobijenog odobrenja od strane osiguravača, odnosno asistentske kompanije; • neprijavlivanje osiguranog slučaja osiguravaču, odnosno asistentskoj kompaniji u skladu sa članom 9. Opštih uslova za osiguranje putnika za vreme puta i boravka u inostranstvu, a za nastale troškove veće od 500 EVRA. Navedenim članom propisano je da je, čim se dogodi osigurani slučaj ili postoji mogućnost dešavanja, osiguranik u obavezi da izvrši prijavu osiguranog slučaja i to na sledeći način: 1) poziva asistentsku kompaniju; 2) vrši identifikaciju, davanjem osnovnih podataka o sebi (ime i prezime, broj pasoša, polise i sl.); 3) šalje kopiju polise na broj faksa koji se nalazi na polisi; 4) dostavlja broj telefona i adresu u inostranstvu na kojoj može biti kontaktiran; 5) ukratko opisuje vrstu i način nastanka osiguranog slučaja; 6) prihvata lečenje u zdravstvenoj ustanovi u koju ga uputi osiguravač, odnosno asistencijska kompanija.; • posledica prirodne katastrofe i elementarne nepogode (npr. poplave, vulkanske erupcije, zemljotresa i sl.) i oboljenja kao posledice epidemije koja je proglašena u zemlji prebivališta, zemlji tranzita, tj zemlji nastanka osiguranog slučaja, kao i pandemije, osim u slučaju posledica infekcije virusom Covid 19, ukoliko je ugovoreno proširenje pokrića i za to plaćena dodatna premija, u skladu sa Članom 9 ovih Opštih uslova; • činjenice da je osiguranik znao da postoji mogućnost nastanka osiguranog slučaja, ili je mogao predvideti da će se dogoditi.

U svakom slučaju, Osiguravač nije u obavezi za štete koje su pokrivene po osnovu drugog osiguranja, kao i za štete neimovinske prirode.

Asistentska kompanija ima pravo da odbije isplatu naknade u slučaju da: a) osiguranik ne ispuni svoje obaveze iz ugovora ili ne ispoštuje instrukcije koje dobije od asistentske kompanije; b) osiguranikova izjava, koja predstavlja osnovu za zaključenje polise ili koja nastane u procesu prijave štete, bude lažna, neistinitog iskaza, ili prikriva činjenice, u cilju namerne prevare i sl.

| | |
|--|---|
| 2.4 Visina i način plaćanja premije osiguranja | Premiju osiguranja čine: Funkcionalna premija – 55% Režijski dodatak – 45% |
| 2.5 Visina doprinosa, poreza i drugih troškova koji se obračunavaju pored premije osiguranja | Doprinosi: 0 Porezi: 5% (porez na neživotna osiguranja) Drugi troškovi: 0 |
| 2.6 Ukupan iznos plaćanja (2.4 i 2.5) | Podaci o visini premije osiguranja, načinu plaćanja, visini doprinosa, poreza i drugih troškova koji se obračunavaju pored premije osiguranja, saopšteni su Ugovaraču i navedeni u informativnom obračunu premije/polisi osiguranja. Na polisi osiguranja iskazani su: - iznos premije neživotnog osiguranja bez poreza; - iznos poreza na neživotna osiguranja (5%); - iznos premije neživotnog osiguranja sa porezom |
| 2.7 Vreme važenja ugovora | Osiguranje počinje u 00.00 časova dana koji je u polisi naveden kao dan početka osiguranja, ali ne pre nego što Osiguranik pređe granicu Republike Srbije na putu u inostranstvo. Osiguranje u svakom slučaju počinje, ukoliko je do tada plaćena premija osiguranja. Ukoliko premija osiguranja do tada nije plaćena, osiguranje počinje u 00.00 časova narednog dana od dana kada je plaćena premija osiguranja. Osiguravajuće pokriće prestaje prelaskom granice Republike Srbije po završetku boravka u inostranstvu, a najkasnije istekom 24.00 h dana koji je u polisi naveden kao dan prestanka osiguranja. Osiguranje ni u kom slučaju ne važi u Republici Srbiji. Osiguranje ne važi na teritoriji zemlje čiji je Osiguranik državljanin i u kojoj ostvaruje pravo na redovnu zdravstvenu zaštitu. Putnici stariji od 70 godina mogu zaključiti Ugovor sa maksimalnim trajanjem 60 dana. |

B. DRUGA PRAVA I OBAVEZE IZ UGOVORA

| | |
|---|---|
| 2.8 Pravo na raskid ugovora i uslovi za raskid | Osiguranik može da otkáže ugovor o osiguranju ukoliko otkáže putovanje, uz podnošenje odgovarajućih dokaza, i u slučaju: 1) hospitalizacije osiguranika pre putovanja; 2) smrtnog slučaja člana uže porodice; 3) poziva osiguranika na vojnu vežbu; 4) dobijanja sudskog poziva; 5) otkaza putovanja od strane turističke agencije; 6) gubitka pasoša. Osiguranik može da otkáže ugovor o osiguranju pre početka putovanja, odnosno početka perioda osiguranja, ukoliko ne dobije vizu za putovanje u zemlju koja je ovu vrstu osiguravajućeg pokrića zahtevala. |
| 2.9 Pravo na odustanak od ugovora | |
| 2.10 Rok u kojem ponuda obavezuje društvo za osiguranje | Ponuda nije obavezujuća za Društvo za osiguranje. |

| | |
|--|--|
| <p>2.11. Način i rok podnošenja odštetnog zahteva, odnosno ostvarivanje prava po osnovu osiguranja</p> | <p>U skladu sa Opštim uslovima za osiguranje putnika za vreme puta i boravka u inostranstvu U-OPI/20-06. U slučaju potrebe za asistencijom, čim se dogodi osigurani slučaj ili postoji mogućnost dešavanja, osiguranik je u obavezi da izvrši prijavu osiguranog slučaja.</p> |
| <p>2.12. Način zaštite prava i interesa korisnika usluge osiguranja kod društva za osiguranje</p> | <p>Ugovarač osiguranja svoja prava i interese može da zaštititi upućivanjem prigovora lično ili preko punomoćnika u pismenoj formi i to:</p> <ul style="list-style-type: none"> - u svim poslovnim prostorijama Triglav Osiguranja a.d.o. Beograd u kojima Društvo pruža usluge iz osiguranja; - popunjavanjem online formulara na našem web sajtu; - slanjem prigovora poštom na adresu: Triglav Osiguranje a.d.o. Beograd, ul. Milutina Milankovića br. 7a, Novi Beograd; - elektronskom poštom, slanjem e-mail-a na adresu prigovor@triglav.rs <p>Društvo za osiguranje nije dužno da razmatra usmeno izjavljene prigovore.</p> <p>Prigovor mora da sadrži sledeće podatke i dokumentaciju:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ime, prezime i adresu podnosioca prigovora – fizičkog lica, odnosno poslovno ime, sedište i ime i prezime zakonskog zastupnika/ovlašćenog lica – pravnog lica i preduzetnika; - razloge za prigovor i zahtev podnosioca prigovora; - dokaze kojima se potkrepljuju navodi iz prigovora; - datum podnošenja prigovora; - potpis podnosioca prigovora, odnosno njegovog zastupnika ili punomoćnika (osim kada se prigovor podnosi u elektronskoj formi); - punomoć za zastupanje ako je prigovor podneo punomoćnik. <p>Društvo za osiguranje je dužno da podnosiocu prigovora pismeno odgovori na navode iz prigovora u roku od 15 dana od dana prijema prigovora uz mogućnost produženja roka.</p> |
| <p>2.13. Sedište i adresa Narodne banke Srbije, koja je nadležna za nadzor nad poslovanjem društava za osiguranje, kao i način zaštite prava i interesa korisnika usluge osiguranja kod Narodne banke Srbije</p> | <p>Narodna banka Srbije Kralja Petra 12 11000 Beograd</p> <p>Odlukom o načinu zaštite prava i interesa korisnika usluge osiguranja („Službeni glasnik RS“, br 55/2015) bliže je uređen način zaštite prava i interesa osiguranika, ugovarača osiguranja, korisnika osiguranja i trećih oštećenih lica Srbije (korisnik usluge osiguranja),</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>kao i način posredovanja u rešavanju odštetnih zahteva, podnošenja prigovora korisnika usluge osiguranja i postupanja po tom prigovoru.</p> <p>Korisnik usluge osiguranja može na rad društva za osiguranje, društva za posredovanje u osiguranju, društva za zastupanje u osiguranju, kao i banke, davaoca finansijskog lizinga i javnog poštanskog operatora koji poslove zastupanja u osiguranju obavljaju na osnovu prethodne saglasnosti Narodne banke Srbije (davalac usluge osiguranja) podneti prigovor Narodnoj banci Srbije.</p> <p>Korisnik usluge osiguranja može podneti prigovor Narodnoj banci Srbije ako se pre toga pismenim prigovorom obraćao davaocu usluge osiguranja i nije bio zadovoljan njegovim odgovorom ili mu davalac usluge osiguranja nije pismeno odgovorio na taj prigovor u propisanom roku – najkasnije 15 dana od dana prijema prigovora, odnosno u dodatnom roku od najviše 15 dana kada davalac usluge osiguranja ne može da dostavi odgovor iz razloga koje ne zavise od njegove volje.</p> <p>Korisnik usluge osiguranja može podneti prigovor Narodnoj banci Srbije u roku od šest meseci od dana prijema odgovora davaoca usluge osiguranja ili protoka roka za njegovo dostavljanje.</p> <p>Pored navedenog, ako podnosilac prigovora nije zadovoljan odgovorom davaoca usluge osiguranja ili mu taj odgovor nije dostavljen u propisanom roku, sporni odnos između korisnika usluge osiguranja i davaoca usluge osiguranja može se rešiti u vansudskom postupku – postupku posredovanja.</p> <p>Prigovor, odnosno predlog za posredovanje podnosi se na adresu:</p> <p>Narodna banka Srbije – Sektor za zaštitu i edukaciju korisnika finansijskih usluga Nemanjina 17, 11000 Beograd</p> <p>ili: Poštanski fah 712, 11000 Beograd</p> <p>ili elektronski na adresu: zastita.korisnika@nbs.rs</p> |
|--|--|

3. ZAKLJUČENJE UGOVORA PREKO ZASTUPNIKA U OSIGURANJU

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

4. ZAŠTITA PODATAKA O LIČNOSTI

Akcionarsko društvo za osiguranje „Triglav Osiguranje“ Beograd, sa registrovanim sedištem na adresi Novi Beograd, Milutina Milankovića 7a, matični broj 07082428, u svojstvu rukovaoca podataka o ličnosti i u smislu davanja punovažnog pristanka na obradu podataka o ličnosti, dostavlja obaveštenja u skladu sa zakonom kojim se uređuje zaštita podataka o ličnosti, kako sledi:

- Kontakt podaci lica za zaštitu podataka o ličnosti u Društvu: dpo@triglav.rs
- Predmet obrade su podaci o ličnosti i posebne vrste podataka sadržani u ugovoru o osiguranju i dokumentaciji na osnovu koje je ugovor zaključen.
- Svrha prikupljanja i dalje obrade podataka jeste formiranje ponude, zaključenje ugovora o osiguranju, kao i izvršavanje prava i obaveza preuzetih zaključenjem ugovora o osiguranju.
- Podaci se koriste i obrađuju na sledeće načine: prikupljanjem, beleženjem, razvrstavanjem, grupisanjem, odnosno strukturisanjem, pohranjivanjem, upodobljavanjem ili menjanjem, otkrivanjem, uvidom, upotrebom, otkrivanjem prenosom, odnosno dostavljanjem, umnožavanjem, širenjem ili na drugi način činjenje dostupnim, upoređivanjem, ograničavanjem, brisanjem ili uništavanjem. Obrada se vrši automatizovano ili neautomatizovano. O prikupljenim podacima, Društvo vodi odgovarajuću evidenciju, strukturisani skup podataka o ličnosti koji je dostupan u skladu sa posebnim kriterijumima, odnosno zbirke podataka, u skladu sa zakonom.
- Primaoci podataka su Narodna banka Srbije, drugi državni organi po osnovu svojih javnih ovlašćenja, ovlašćene revizorske kuće, Udruženje osiguravača Srbije, saosiguravači, reosiguravači, posrednici i zastupnici u osiguranju, asistentske kuće i pružaoci zdravstvenih usluga, kao i druga lica po osnovu zaključenog ugovora.
- Obrađivač podataka je po osnovu Ugovora Zavarovalnica Triglav d.d. Ljubljana, Miklošičeva cesta 19, Republika Slovenija, koja po nalogu i u ime Društva obrađuje podatke o ličnosti, u skladu sa zakonom koji uređuje oblast zaštite ličnih podataka.
- Pravni osnovi obrade su zakon i ugovor o osiguranju.
- Lica na koje se podaci o ličnosti odnose ima pravo da od Rukovaoca zahteva pristup,

| | |
|--|---|
| | <p>ispravku, dopunu ili brisanje njegovih podataka o ličnosti, odnosno ima pravo na ograničenje obrade u slučaju osporavanja tačnosti odn. nezakonite obrade, pravo na prigovor licu zaduženom za zaštitu podataka o ličnosti, kao i pravo na prenosivost podataka. U slučaju nedozvoljene obrade podataka, lice na koje se podaci o ličnosti odnose ima pravo da se obrati Povereniku za informacije od javnog značaja i zaštitu podataka o ličnosti pritužbom, i ima pravo na sudsku zaštitu.</p> <ul style="list-style-type: none">– Prikupljeni podaci se obrađuju i čuvaju u skladu sa svrhom prikupljanja, odnosno u skladu sa zakonskim propisima o rokovima čuvanja dokumentacije i podataka. |
|--|---|

Mesto i datum

Za Osiguravača

Ugovarač osiguranja