

Prilog 2b Ugovora o osiguranju vlasnika aktivnih Intesa HIT PLUS tekućih računa banke**PREDUGOVORNO OBAVEŠTENJE****(Informacije za Ugovarača osiguranja / osiguranika)****1. Ugovorne strane**

Ugovarač osiguranja: BANCA INTESA A.D. BEOGRAD, Milentija Popovića 7b, Novi Beograd, MB 07759231, PIB 100001159, (u daljem tekstu: Banka)

Osiguravač: MILENIJUM OSIGURANJE A.D.O. BEOGRAD, Bulevar Milutina Milankovića 3b, Novi Beograd, MB 07810318, PIB 100002119, (u daljem tekstu: Osiguravač)

Osiguranik:

- klijent - vlasnik aktivnog Intesa HIT PLUS tekućeg računa (u daljem tekstu: HIT PLUS tekućeg računa)
- članovi porodice klijenta - vlasnika aktivnog Intesa HIT PLUS tekućeg računa izuzev za teže bolesti isključene stavom 4. ovog Predugovornog obaveštenja i rizik preloma kosti gde su osigurani samo vlasnici tekućeg računa

Korisnik osiguranja:

- lice kome Osiguravač isplaćuje osiguranu sumu

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

Na ugovoreno osiguranje primenjuju se Zakon o obligacionim odnosima Republike Srbije i Uslovi za kolektivno osiguranje vlasnika aktivnih Intesa HIT, Intesa HIT PLUS i Intesa MAGNIFICA tekućih računa Banke (u daljem tekstu: Uslovi osiguranja).

U momentu zaključenja Ugovora o osiguranju vlasnika aktivnih Intesa HIT, Intesa HIT PLUS i Intesa MAGNIFICA tekućih računa banke, Osiguravač će Banci i Osiguranicima obezbediti Uslove osiguranja kao i dodatnu dokumentaciju, na web sajtu (web sajt osiguravača) www.mios.rs ili po izričitom zahtevu Osiguranika uručiti mu i fizički posredstvom Banke.

Za dodatne informacije obratiti se osiguravaču na adresu: Bulevar Milutina Milankovića br. 3b ili e-mailom: office@milenijum-osiguranje.rs

3. Trajanje osiguranja

Osiguranje počinje u 00,00 časa onog dana koji je označen u polisi kao početak osiguranja, i prestaje istekom 24,00 časa onoga dana koji je u polisi osiguranja naveden kao dan isteka osiguranja, osim ako u polisi nije drugačije ugovoreno. Za svakog pojedinačnog Osiguranika, ukoliko je tekući račun otvoren u toku perioda trajanja Ugovora o osiguranju, osiguranje počinje da važi od momenta otvaranja tekućeg računa kod Ugovarača osiguranja, odnosno od momenta plaćanja prve dospele premije, osim za teže bolesti i hirurške intervencije definisane pod tačkom 4. (odljak: karenca) ovog predugovornog obaveštenja za koje postoji pričekni rok (karenca). Ukoliko je tekući račun otvoren pre početka primene Ugovora o osiguranju, osiguranje počinje da teče od dana početka primene ugovora o osiguranju i na te Osiguranike se neće primenjivati pričekni rok (karenca).

Karenca će se primenjivati samo na vlasnike aktivnih tekućih računa i za članove njihovih porodica koji su svojstvo Osiguranika prvi put stekli u toku trajanja trenutno važećeg Ugovora o osiguranju odnosno nisu imali svojstvo Osiguranika pre početka primene trenutno važećeg Ugovora o osiguranju.

Osiguranje prestaje za svakog pojedinačnog Osiguranika bez obzira na koliko je ugovoreno trajanje osiguranja u 24:00 časa onog dana kada:

- je nastupila smrt Osiguranika ili je ustanovljen invaliditet 100%,
- istekne godina osiguranja u kojoj Osiguranik navršši 85 godina života,
- bude raskinut Ugovor o osiguranju

- Osiguranik - vlasnik tekućeg računa raskine ugovor o tekućem računu sa Ugovaračem osiguranja,
- dođe do gubitka prava ili statusa u skladu sa tačkom 4. (odjeljak: Osiguranje članova porodice korisnika Intesa HIT PLUS tekućih računa) ovog Predugovornog obaveštenja.

Za ugovorene rizike težih bolesti i hirurških intervencija osiguravajuće pokriće prestaje i kada je osiguranik izgubio pravo na osiguranje u sistemu obaveznog osiguranja, osim kada period gubljenja prava nije duži od 60 dana (bez prekida ili sa prekidom) u toku kalendarske godine. Osiguranik može da istupi iz osiguranja raskidom Ugovora o tekućem računu na način predviđen Ugovorom koji je zaključio sa Bankom.

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

Ugovorom o osiguranju zaključenim između Osiguravača i Banke, obezbeđeno je dodatno zdravstveno osiguranje i osiguranje od posledica nesrećnog slučaja za period trajanja osiguranja za sve korisnike aktivnih Intesa HIT PLUS tekućih računa i članove njihove porodice u koje spadaju bračni/vanbračni partner i deca.

Osiguranje članova porodice korisnika Intesa HIT PLUS tekućih računa

Dodatnim zdravstvenim osiguranjem i osiguranjem od posledica nesrećnog slučaja obezbeđuje se i osiguranje članova porodica vlasnika Intesa HIT PLUS tekućih računa za slučaj težih bolesti, hirurških intervencija, invaliditeta i smrti izuzev za teže bolesti isključene stavom 4. ovog Predugovornog obaveštenja.

Na osiguranje bez dodatne naknade, u svojstvu člana porodice vlasnika Intesa HIT PLUS tekućeg računa imaju pravo i:

- bračni partner vlasnika Intesa HIT PLUS tekućeg računa, koji svojstvo člana porodice vlasnika Intesa HIT PLUS tekućeg računa dokazuje izvodom iz matične knjige venčanih;
- vanbračni partner vlasnika Intesa HIT PLUS tekućeg računa, koji svojstvo člana porodice vlasnika Intesa HIT PLUS tekućeg računa dokazuje potvrdom o prijavi prebivališta/boravišta na adresi vlasnika Intesa HIT PLUS tekućeg računa;
- deca vlasnika Intesa HIT PLUS tekućeg računa rođena u braku ili van braka, usvojena, pastorčad i deca uzeta na izdržavanje do navršene 18. godine života, odnosno do navršene 26. godine u slučaju da se nalaze na redovnim studijama, a koja svojstvo člana porodice vlasnika Intesa HIT PLUS tekućeg računa dokazuju izvodom iz matične knjige rođenih;

Dodatno zdravstveno osiguranje i osiguranje od posledica nesrećnog slučaja obuhvata:

- osiguranje za slučaj težih bolesti
- osiguranje za slučaj hirurške intervencije (operacije)
- osiguranje za slučaj invaliditeta (od 10%-100%) kao posledice nesrećnog slučaja (nezgode)
- osiguranje za slučaj smrti usled nezgode
- osiguranje za slučaj preloma kosti usled nezgode

Putem dodatnog zdravstvenog osiguranja i osiguranja od posledica nesrećnog slučaja, Osiguranici raspolažu posebnim novčanim sredstvima za slučaj nastanka teže bolesti ili izvršene hirurške intervencije, jednokratnom naknadom u slučaju invaliditeta ili za slučaj smrti kao posledice nezgode i jednokratnom naknadom u slučaju preloma kosti usled nezgode kao dopunom prava koje imaju u sistemu zdravstvene zaštite koju organizuje država.

- Osiguranje za slučaj težih bolesti obuhvata sledeće teže bolesti:

Maligni tumori, Paraliza/paraplegija, Slepilo, Moždani udar, Otkazivanje rada bubrega, Maligni tumor kože (Melanoma malignum), Infarkt miokarda, Benigni tumori mozga, Vanmaterična trudnoća, Transplantacija organa, Hronično oboljenje jetre, Multipla skleroza*, Koma, Hronično oboljenje pluća, Ankilozantni spondilitis (Bechterewa bolest)*, Embolija pluća, Teže posledice perforacije u gastrointestinalnom traktu, Gluvoća*, Bakterijski meningitis, Teža oboljenja žlezda sa unutrašnjim lučenjem (Adisonova bolest), Sistemski lupus*, Encefalitis, Teže posledice sepse*, Lajmska bolest*, Parkinsonova bolest*, Epilepsija*, Opekotine trećeg stepena*, Teža oboljenja žlezda sa unutrašnjim lučenjem (tireotoksična kriza, Kušingov sindrom i benigni feohromocitom)*

* Članovi porodice vlasnika Intesa HIT PLUS tekućeg računa nisu pokriveni u slučaju dijagnostifikovanja ove teže bolesti. Definicije bolesti su navedene u Uslovima osiguranja.

- Osiguranje za slučaj hirurških intervencija (operacija) obuhvata oko 180 hirurških intervencija, kao što su operacije srca, abdomena, digestivnog trakta, disajnih organa, nervnog sistema, dojki i ženskih genitalnih organa, ortopedske operacije, operacije urinarnog sistema, čula sluha i vida i druge. Sve hirurške intervencije su navedene su prema grupama u Uslovima osiguranja.

- Osiguranjem od posledica nesrećnog slučaja pokriven je trajni gubitak opšte radne sposobnosti od 10% do 100%, kao i osiguranje za slučaj smrti usled nesrećnog slučaja. Nesrećnim slučajem smatra se svaki iznenadni i od volje Osiguranika nezavisni događaj koji, delujući uglavnom spolja i naglo na telo Osiguranika, ima za posledicu potpuni ili delimični invaliditet. Procenti osigurane sume za invaliditete obuhvaćene ovom vrstom osiguranja definisani su Uslovima osiguranja. Procenat invaliditeta određuje se posle završenog lečenja, u vreme kada je kod Osiguranika u odnosu na pretrpljene povrede i nastale posledice, nastupilo stanje ustaljenosti, tj. kada se prema lekarskom predviđanju ne može očekivati da će se stanje poboljšati ili pogoršati. Ako pre utvrđenog procenta invaliditeta nastupi smrt Osiguranika, visina obaveze Osiguravača iz osnova invaliditeta utvrđuje se na osnovu postojeće medicinske dokumentacije, a isplata će se izvršiti naslednicima.

- Osiguranjem za slučaj preloma kosti usled nezgode pokriven je prelom kosti Osiguranika nastao kao posledica nesrećnog slučaja (nezgode) koji podrazumeva potpuni ili delimični prekid kontinuiteta kosti koji je nastao kao posledica mehaničke sile na kost (traumatski prelomi), pri kome intenzitet mehaničke sile prelazi granicu fiziološke elastičnosti kostiju u skladu sa Uslovima osiguranja i to za: delimični prekid kontinuiteta kosti u jednom nivou, delimični prekid kontinuiteta kosti u jednom nivou sa zahvatanjem zglobnih površina, potpuni prekid kontinuiteta kosti u jednom nivou, potpuni prekid kontinuiteta kosti u jednom nivou koji je otvoreni i/ili prelom sa zahvatanjem zglobnih površina i/ili sa dislokacijom fragmenata, prelom jedne kosti na dva ili više nivoa, prelom jedne kosti na dva ili više nivoa koji je otvoreni i/ili prelom sa zahvatanjem zglobnih površina i/ili sa dislokacijom fragmenata, više fragmenata jedne kosti utisnuti jedan u drugi (zdrobljavanje kosti), više fragmenata jedne kosti utisnuti jedan u drugi (zdrobljavanje kosti), kao i ako je nastao otvoreni prelom i/ili prelom sa zahvatanjem zglobnih površina i/ili sa dislokacijom fragmenata, prelom dve ili više kostiju u okviru jednog dela tela (kosti glave, grudnog koša, ruke, noge, kičmenog stuba, karlice), prelom dve ili više kostiju u okviru jednog dela tela (kosti glave, grudnog koša, ruke, noge, kičmenog stuba, karlice), kao i ako je nastao otvoreni prelom i/ili prelom sa zahvatanjem zglobnih površina i/ili sa dislokacijom fragmenata.

Osigurana suma

Osiguranicima se dodatnim zdravstvenim osiguranjem i osiguranjem od posledica nesrećnog slučaja obezbeđuju novačane naknade u slučaju:

- težih bolesti	maksimalno do 50.000 RSD,
- hirurških intervencije	maksimalno do 30.000 RSD,
- invaliditeta od 10% do 100%	maksimalno do 50.000 RSD,
- smrti usled nezgode	25.000 RSD,
- preloma kosti usled nezgode	10.000 RSD.

Novčane naknade se isplaćuju u procentu osigurane sume definisanom u Uslovima osiguranja.

Ukoliko je bračni/vanbračni drug ili dete korisnika Intesa HIT PLUS tekućeg računa istovremeno i sam Osiguranik - korisnik aktivnog Intesa HIT PLUS tekućeg računa, ima pravo na isplatu naknade iz osiguranja samo po jednom osnovu - ili kao bračni/vanbračni drug ili dete Osiguranika vlasnika Intesa HIT PLUS tekućeg računa ili kao korisnik Intesa HIT PLUS tekućeg računa.

Ukoliko mesečno održavanje po Intesa HIT PLUS tekućem računu nije bilo redovno naplaćivano, posmatrano u periodu od 12 meseci koji prethode mesecu u kome je nastupio osigurani slučaj (ne računa se mesec u kome je nastao osigurani

slučaj), sve isplate naknada iz osiguranja će se izvršavati srazmerno broju meseci za koje je naplaćeno mesečno održavanje po osnovu korišćenja Intesa HIT PLUS tekućeg računa.

Isključenja u vezi sa nastankom teže bolesti:

Osiguravač nije u obavezi da Osiguraniku isplati naknadu iz osiguranja ako je dijagnoza navedenih težih bolesti, direktna ili indirektna posledica zdravstvenog stanja Osiguranika pre zaključenja Ugovora o osiguranju, kada je Osiguranik znao da ima tu bolest, lečio se ili imao nameru da se leči od nje, odnosno ako je bio na savetovanju kod stručnog medicinskog personala ili ako laboratorijski nalazi i/ili drugi dijagnostički pregledi, urađeni pre zaključenja Ugovora o osiguranju, upućuju na mogućnost postojanja jedne od težih bolesti navedenih u Uslovima osiguranja. Osiguranje ne pokriva teže bolesti koje su ustanovljene, odnosno bolesti od kojih Osiguranik već boluje u trenutku stupanja u osiguranje.

Isključenja i ograničenja u vezi sa posledicama nesrećnog slučaja:

(1) Isključene su sve obaveze Osiguravača, ako je nesrećni slučaj nastao:

- 1) kao posledica prirodne katastrofe (zemljotresa, poplave i sl.);
 - 2) usled ratnih događaja u Srbiji (bez obzira da li je rat objavljen ili ne), građanskog rata, pobune, revolucije, ustanka, nemira ili nereda, kao i aktivnog učešća Osiguranika u ratnim događajima izvan granica Srbije;
 - 3) usled aktivnog učešća u oružanim akcijama, osim ako je Osiguranik učestvovao po svom redovnom zanimanju, ili po pozivu od strane ovlašćenog organa Srbije;
 - 4) usled terorizma, pod čim se podrazumeva svaki akt nasilja preduzet u nameri da se naškodi nekoj državi, međunarodnoj organizaciji ili političkom pokretu. Akt nasilja može se ogledati u prouzrokovanju požara, eksplozije ili rušenja, izvršenju otmice lica, izazivanju opasnosti po život ljudi i imovinu preduzimanjem kakve druge opšte opasne radnje ili upotrebom opšte-opasnog sredstva i sl. kojim se stvara osećanje nesigurnosti kod građana;
 - 5) pri upravljanju vazdušnim aparatima svih vrsta, plovnim objektima, motornim i drugim vozilima bez propisane službene isprave koja daje ovlašćenja vozaču za upravljanje i vožnju tom vrstom i tipom vazdušnog aparata, plovnog objekta, motornog i drugog vozila. Odredbe ove tačke neće se primenjivati u slučaju kada neposredovanje propisane službene isprave nije imalo uticaja na nastanak nesrećnog slučaja i obaveze Osiguravača. U smislu ovog Predugovornog obaveštenja i Uslova osiguranja, smatra se da Osiguranik poseduje propisanu službenu vozačku ispravu kada u cilju pripremanja i polaganja ispita za dobijanje službene isprave preduzima vožnju uz neposredni nadzor službeno ovlašćenog stručnog instruktora;
 - 6) usled pokušaja ili izvršenja samoubistva Osiguranika iz bilo kog razloga;
 - 7) usled toga što je Osiguranik namerno prouzrokovao nesrećni slučaj;
 - 8) usled toga što je Korisnik osiguranja namerno prouzrokovao smrt Osiguranika, a ako je više Korisnika osiguranja, isključen je samo onaj Korisnik osiguranja koji je namerno prouzrokovao smrt Osiguranika;
 - 9) pri pripremanju, pokušaju ili izvršenju krivičnog dela sa predumišljajem, kao i pri begu posle takve radnje ili učešću u tuči i fizičkom obračunavanju, izuzev dokazanog slučaja samoodbrane;
 - 10) usled izvršenja smrtne kazne;
 - 11) usled uzročne veze između delovanja narkotičnih sredstava ili alkoholisanog stanja Osiguranika i nastanka nesrećnog slučaja. Alkoholisanim stanjem se smatra stanje u gde se utvrdi prisustvo alkohola u krvi više od 0,20 mg/ml kod vozača, a kod ostalih Osiguranika više od 1,00 mg/ml. Smatra se da je Osiguranik pod dejstvom narkotičkih sredstava ukoliko se utvrdi prisustvo narkotika u organizmu u bilo kojoj količini. Pod pojmom vozača smatraju se sva lica koja na putu upravljaju vozilom;
- (2) Ugovor o osiguranju je ništavan ako je u času njegovog zaključenja već nastao osigurani slučaj ili je taj bio u nastupanju ili je bilo izvesno da će nastupiti, ili ako je tada već postojala mogućnost da on nastane, a Ugovaraču su te okolnosti bile poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate. Uplaćena premija se vraća Ugovaraču, umanjena za troškove Osiguravača. Osiguranje ne pokriva invaliditete koji su nastali pre početka osiguranja.
- (3) Ukoliko zaključenim Ugovorom o osiguranju nije izričito ugovoreno i ako nije plaćena odgovarajuća uvećana premija osiguranja, u slučaju ugovorenih opasnosti izazvanih nesrećnim slučajem, Osiguravač je u obavezi da isplati: -33% od iznosa koji bi morao da plati prema odredbama prethodnog stava ako nesrećni slučaj nastupi pri:
- a) upravljanju i vožnji avionom i letelicama svih vrsta, izuzev u svojstvu putnika u javnom saobraćaju;
 - b) sportskim skokovima padobranom;

- c) automobilskim i motociklističkim takmičenjima, motokrosu i treningu za njih;
-66% od iznosa koji bi morao da plati prema odredbama prethodnog člana ako nesrećni slučaj nastupi pri:
- a) treningu i učešću u javnim sportskim takmičenjima u svojstvu registrovanog člana sportskih organizacija ili sportskog plesnog kluba;
 - b) usled ratnih događaja i oružanih sukoba izvan granica Srbije u kojima se Osiguranik nađe, s tim da u njima nije uzimao aktivno učešće;
 - c) u slučaju kada je u momentu zaključenja Ugovora o osiguranju postojao anormalni rizik. Smatraće se da je anormalni rizik postojao:
 - ukoliko telesna težina Osiguranika odstupa od idealne telesne težine za više od 35 kilograma. Pod idealnom telesnom težinom podrazumeva se težina izražena u kilogramima koja se dobije kada se od visine Osiguranika izražene u centimetrima oduzme 100;
 - ukoliko je, bez obzira na uzrok, opšta radna sposobnost Osiguranika umanjena preko 50% prema Tabeli invaliditeta (TINV) za utvrđivanje trajnog gubitka opšte radne sposobnosti iz Uslova osiguranja.

Isključenja u vezi hirurške intervencije:

- (1) U slučaju hirurške intervencije, isključene su sve obaveze Osiguravača ako je osigurani slučaj nastao kao posledica ili u vezi sa bilo kojim od sledećih slučajeva:
- 1) prethodna zdravstvena stanja (prethodno zdravstveno stanje podrazumeva svako zdravstveno stanje koje je posledica bilo koje prethodne dijagnostikovane bolesti ili za koju je bilo potrebno bolničko lečenje, lečenje ili lekovi pre početka osiguranja, samo za one hirurške intervencije za koje je Osiguranik znao ili je na osnovu medicinske dokumentacije mogao znati u momentu zaključenja Ugovora o osiguranju);
 - 2) namernog (dobrovoljnog) prekida trudnoće;
 - 3) sterilitet, veštačka oplodnja, promene pola;
 - 4) kozmetičke operacije plastične hirurgije, izuzev kada su one posledice nezgode uz uslov da je hirurška intervencija izvršena u roku od maksimalno šest meseci od nezgode. Zahvat rekonstrukcije dojke nakon mastektomije zbog karcinoma uključen je u osiguravajuće pokriće. Zamena postojećeg implantata je isključena;
 - 5) AIDS - isključena je svaka bolest koja je direktno ili indirektno uzrokovana ovom dijagnozom ili je povezana sa sero - pozitivnom infekcijom ljudskog virusa imunodeficijencije (HIV- a), stečenog sindroma imunodeficijencije (AIDS-a) ili bilo kojeg sličnog ili s AIDS-om povezanog sindroma;
 - 6) oštećenja pri rođenju, osim za neophodne i zdravstveno opravdane hirurške intervencije izvedene odmah nakon rođenja;
 - 7) hirurške intervencije s ciljem smanjenja telesne težine (npr. hirurško smanjenje želuca);
 - 8) transplatacija organa u svojstvu donatora za treću stranu;
 - 9) uklanjanje materijala koji je implantiran u ranijem hirurškom zahvatu obavljenom pre stupanja na snagu osiguravajućeg pokrića;
 - 10) lečenja koja nisu medicinski neophodna;
 - 11) eksperimentalna lečenja i zahvati dijagnostičke prirode kao što je biopsija, endoskopija, laparoskopija, artroskopija;
 - 12) ratnih događaja;
 - 13) učešća u bilo kom aktu koji u sebi sadrži karakteristike terorizma;
 - 14) nuklearne katastrofe;
 - 15) učestvovanja u oružanim sukobima, građanskom ratu, pobuni, ustanku ili nemirima na strani podstrekača nemira;
 - 16) prirodne katastrofe i elementarne nepogode (vulkanske erupcije, zemljotresa, poplave i sl.), epidemija i pandemija;
 - 17) upravljanja vozilima za vožnju na zemlji, u vazduhu ili na vodi bez propisane dozvole koja daje ovlašćenje vozaču za upravljanje i vožnju tom vrstom i tipom vozila. Smatra se da Osiguranik poseduje propisanu vozačku ispravu kada u cilju pripremanja ispita za dobijanje službene isprave preuzima vožnju uz neposredni nadzor službe ovlašćenog stručnog lica;
 - 18) pripremanja, pokušaja ili izvršenja krivičnog dela, kao i pri begu posle takve radnje;
 - 19) profesionalnim bavljenja sportom;
 - 20) bavljenja ekstremnim sportovima, npr. ronjenje sa aparatom za kiseonik, vožnja motorom, alpinizam, padobranski skokovi, rafting, zmajarstvo, bungee jumping, speleologija;
 - 21) usled uzročne veze između delovanja narkotičnih sredstava ili alkoholisanog stanja Osiguranika i nastanka nesrećnog slučaja. Alkoholisanim stanjem se smatra stanje u gde se utvrdi prisustvo alkohola u krvi više od 0,20 mg/ml kod vozača,

a kod ostalih Osiguranika više od 1,00 mg/ml. Smatra se da je Osiguranik pod dejstvom narkotičkih sredstava ukoliko se utvrdi prisustvo narkotika u organizmu u bilo kojoj količini. Pod pojmom vozača smatraju se sva lica koja na putu upravljaju vozilom;

(2) Isključena je svaka obaveza Osiguravača po osnovu Ugovora o osiguranju za hirurške intervencije koje su bile izvesne u momentu sticanja svojstva Osiguranika.

U slučajevima osiguranja u kontinuitetu, isključenje se primenjuje samo na period pre prvog uključivanja u osiguranje, odnosno na period pre nego što je lice postalo vlasnik aktivnog tekućeg računa.

Osiguranje ne pokriva hirurške intervencije za koje je ranije utvrđena potreba ili su bile izvršene pre početka osiguranja.

Isključenja u vezi preloma kosti usled nezgode

(1) Osiguravač nije u obavezi da Osiguraniku isplati naknadu iz osiguranja ako je nesrećni slučaj imao za posledicu prelom kosti koji je nastao pod dejstvom traume na patološki izmenjenu kost (patološki prelomi) u okviru sistemskih oboljenja, kao što su:

- 1) rahitis;
- 2) osteomalacija;
- 3) poremećaji metabolizma kalcijuma i fosfora i slična stanja, ili u okviru lokalnih koštanih oboljenja, kao što su koštane ciste;
- 4) primarni koštani tumori;
- 5) metastaze u kostima;
- 6) osteomijelitis;
- 7) ehinokokus;
- 8) koštana tuberkuloza;
- 9) druge bolesti kostiju.

(2) Osiguravač može Osiguraniku isplatiti najviše 2 (dva) preloma kosti u toku trajanja Ugovora o osiguranju u skladu sa Tabelom preloma kosti (PK).

Karenca

Kod dodatnog zdravstvenog osiguranja odnosno osiguranja od nastupanja težih bolesti postoji pričekni rok (karenca) od 3 meseca kada ne postoji obaveza osiguravača za sledeće osigurane slučajeve: maligni tumori, otkazivanje rada bubrega, hronično oboljenje jetre, hronično oboljenje pluća, benigni tumori mozga, maligni tumori kože - melanoma malignum, vanmaterična trudnoća, slepilo i za hirurške intervencije koje nisu posledica nesrećnog slučaja ili hitnog medicinskog stanja i to u prva tri meseca počev od prvog dana trajanja osiguranja za svako novo osigurano lice. Karenca od 3 meseca od početka osiguravajućeg pokriva se primenjuje za sledeće teže bolesti: Multipla skleroza, sistemski lupus, Lajmska bolest, Parkinsonova bolest, Epilepsija.

Karenca koja se odnosi na ove teže bolesti iz prethodnog dva stava će se primenjivati se od početka osiguranja za novo osigurano lice, odnosno od dana kada je plaćena prva dospela ugovorena premija. Karenca u prva tri meseca od početka trajanja osiguranja, primenjuje se i na osigurani slučaj nastupanja hirurške intervencije koja nije posledica nesrećnog slučaja ili hitnog medicinskog stanja.

Karenca će se primenjivati samo na vlasnike aktivnih tekućih računa i za članove njihovih porodica koji su svojstvo Osiguranika prvi put stekli u toku trajanja ovog Ugovora odnosno nisu imali svojstvo Osiguranika pre početka primene ovog Ugovora što takođe važi i za odredbe stava 2. ovog Člana koji se odnosi na karencu za dodatne bolesti. U slučaju da klijent Banke izvrši prelazak sa drugog tekućeg računa kod Banke na HIT PLUS tekući račun, a tokom trajanja svojstva Osiguranika po prethodnom tekućem računu mu je istekla karenca, takvi Osiguranici zajedno sa članovima njihovih porodica će se smatrati postojećim Osiguranicima. Ukoliko po prethodnom tekućem računu karenca nije istekla u celosti, preostali deo karence se prenosi na novi tekući račun.

5. Visina premije osiguranja, način plaćanja premije osiguranja, visina doprinosa, poreza i ostalih troškova koji se obračunavaju pored premije osiguranja, kao i ukupni iznos plaćanja

Visinu premije osiguranja utvrđuju Ugovarač osiguranja i Osiguravač u skladu sa tarifom premije osiguravača. Troškove premije osiguranja snosi Banka kao Ugovarač osiguranja i sadržani su u mesečnim troškovima održavanja tekućih računa, a Osiguranik nema nikakvih troškova po osnovu premije osiguranja. Osiguranje po ovom paketu nije moguće zasebno ugovoriti / platiti. Na premiju ove vrste osiguranja ne plaća se porez niti postoje bilo kakvi dodatni troškovi.

6. Pravo na raskid ugovora i uslovima za raskid, odnosno pravo na odustanak od ugovora

Banka i Osiguravač mogu raskinuti Ugovor o osiguranju pod uslovima definisanim tim Ugovorom i u skladu sa pozitivno pravnim propisima Republike Srbije.

7. Prijava osiguranog slučaja

U slučaju nastanka jednog od osiguranih slučajeva, Osiguranik je dužan da podnese zahtev za prijavu štete zajedno sa pratećom dokumentacijom Sektoru za obradu šteta, Milenijum osiguranje ado Beograd, Bulevar Milutina Milankovića br. 3b, Novi Beograd

U slučaju prijave osiguranog slučaja nastanka invaliditeta potrebno je dostaviti sledeću dokumentaciju:

- Popunjen obrazac za prijavu nesrećnog slučaja;
- Medicinsku dokumentaciju o lečenju (od početnog do završnog izveštaja) - fotokopija - original na uvid;
- Dokaz o načinu nastanka osiguranog slučaja (zapisnik MUP-a, presuda ili izjava svedoka, prijava povrede na radu) - fotokopija.

U slučaju prijave smrtnog slučaja usled nezgode potrebno je dostaviti sledeću dokumentaciju:

- Popunjen obrazac za prijavu nastupanja smrtnog slučaja usled nezgode
 - Izvod iz matične knjige umrlih - fotokopija
 - Otpusna lista iz bolnice, potvrda o smrti ili obdukcioni nalaz
 - Dokaz o načinu nastanka osiguranog slučaja (zapisnik MUP-a, zapisnik istražnog sudije, presuda ili izjava svedoka-fotokopija)
 - Dokaz o rodstvu u skladu sa zakonom o nasleđivanju (izvod iz matične knjige rođenih, Izvod iz matične knjige venčanih, Rešenje o nasleđivanju, Rešenje o starateljstvu-fotokopija)
 - Overena izjava dva svedoka o tome da li je pokojnik imao bračnu, vanbračnu ili usvojenu decu (navesti njihova imena i matične brojeve)
 - Saglasnost zakonskih naslednika da se naknada za slučaj smrti uplati na jedan tekući račun-original
- U svim prethodno navedenim slučajevima dostavlja se i fotokopija kartice dinarskog tekućeg računa.
Osiguravač zadržava pravo da zahteva dodatnu dokumentaciju.

U slučaju prijave nastanka teže bolesti ili hirurške intervencije, potrebno je dostaviti sledeću dokumentaciju:

- Popunjen obrazac za prijavu osiguranog slučaja (teže bolesti, hirurške intervencije)
- Medicinska dokumentacija za konkretan osigurani slučaj i izveštaji specijaliste iz kojih se može utvrditi dijagnostikovana bolest, odnosno izveštaj lekara specijaliste i uput za odlazak u bolnicu, otpusna lista sa epikrizom i ostalom medicinskom dokumentacijom iz koje se nesporno mogu utvrditi relevantne činjenice vezane za obavljanje prijavljene hirurške intervencije.

U slučaju prijave osiguranog slučaja preloma kosti usled nezgode, potrebno je dostaviti sledeću dokumentaciju:

- Popunjen obrazac za prijavu osiguranog slučaja (prelom kosti)
- Medicinsku dokumentaciju o nastanku osiguranog slučaja (od početnog do završnog izveštaja) - fotokopija - original na uvid;

- Dokaz o načinu nastanka osiguranog slučaja (zapisnik MUP-a, presuda ili izjava svedoka, prijava povrede na radu) - fotokopija.

Osiguravač zadržava pravo da zahteva dodatnu dokumentaciju.

Osiguravač je u obavezi da isplati osiguranu sumu u roku od 14 dana od dana kada je primljena dokumentacija na osnovu koje nesporno može da se utvrdi postojanje i obim obaveze Osiguravača.

Sve informacije o načinu zaštite prava Osiguranika i interesa kod Društva za osiguranje, načinu podnošenja i roku propisanom za podnošenje odštetnog zahteva, odnosno načinu ostvarivanja prava po osnovu osiguranja, Osiguraniku su obezbeđene na web adresi www.mios.rs

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

Prigovor se može podneti na jedan od sledećih načina:

- u pismenoj formi u poslovnim prostorijama društva, na adresi (adresa Osiguravača) Bulevar Milutina Milankovića br.3b, 11070 Novi Beograd ili u bilo kojoj od naših poslovnih jedinica (spisak poslovnih jedinica sa adresama možete videti na internet stranici društva za osiguranje);
- putem pošte, slanjem dopisa na adresu (naziv i adresa Osiguravača) Milenijum osiguranje ado Beograd, Bulevar Milutina Milankovića br. 3b, 11070 Novi Beograd
- preko internet prezentacije društva, slanjem prigovora koristeći link (link ka sajtu Osiguravača) <https://mios.rs/strana/podnosenje-prigovora.html>
- elektronskom poštom, slanjem prigovora na mail (mail Osiguravača) prigovori@milenijum-osiguranje.rs
- kod usluga osiguranja koje se ugovaraju korišćenjem sredstava komunikacije na daljinu, korisnik može podneti prigovor na isti način, odnosno korišćenjem istog sredstva komunikacije na daljinu kao kod zaključivanja ugovora na koji se prigovor odnosi.

Društvo za osiguranje nema obavezu razmatranja usmenog prigovora.

Prigovor treba da sadrži sledeće elemente:

- 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 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,
- poziv na broj štete, ukoliko se prigovor odnosi na rešenje štete.

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 tačno određenog društva za osiguranje i da preduzima radnje u postupku po tom prigovoru, te kojim korisnik daje odobrenje da se tom punomoćniku učine dostupnim podaci koji se odnose 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.

Za postupanje po prigovoru, društvo za osiguranje ne može korisniku naplatiti naknadu niti bilo koje druge troškove.

Društvo za osiguranje je dužno da razmotri prigovor i da korisniku dostavi pismeni odgovor u roku od 15 dana od dana prijema prigovora. Odgovor društva za osiguranje treba da bude potpun, nedvosmislen i razumljiv za korisnika, da se odnosi na predmet prigovora i da sadrži ocenu njegove osnovanosti. Ako društvo za osiguranje prigovor oceni kao osnovan, obavestiće korisnika o tome da li su razlozi zbog kojih je prigovor uloženi otklonjeni, odnosno o roku za njihovo otklanjanje i o merama koje će biti preduzete za njihovo otklanjanje.

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

Društvo za osiguranje odgovor na prigovor može da dostavi u pismenoj formi, poštom ili u formi elektronskog dokumenta, mail-om ili na drugi odgovarajući način u elektronskom obliku koji omogućava da se utvrde datum i vreme prijema odgovora i njegova sadržina - ako je korisnik prigovor podneo preko internet prezentacije društva, mail-om ili na drugi odgovarajući način u elektronskom obliku ili ako se korisnik sa ovakvim načinom dostavljanja u elektronskom obliku izričito saglasio.

Društvo za osiguranje odgovor na prigovor može da dostavi i poštom u obliku odštampanog primerka elektronskog dokumenta (kopija elektronskog dokumenta na papiru), a korisnik nakon prijema takvog dokumenta ima pravo da zahteva da mu se dostavi originalni primerak elektronskog dokumenta ili njegova overena kopija u smislu zakona kojim se uređuje elektronski dokument.

Elektronski dokument treba da sadrži kvalifikovani elektronski potpis ovlašćenog lica društva za osiguranje ili kvalifikovani elektronski pečat, u smislu zakona kojim se uređuje elektronski dokument.

Sedište i adresa Narodne banke Srbije, koja je izdala dozvolu za obavljanje delatnosti i nadležna je za nadzor nad poslovanjem društava za osiguranje, kao i način zaštite prava i interesa korisnika usluge osiguranja kod Narodne banke Srbije.

Narodna banka Srbije, Kralja Petra 12, 11000 Beograd.

Ako je korisnik nezadovoljan odgovorom društva za osiguranje po prigovoru ili mu taj odgovor nije dostavljen u propisanom roku, sporni odnos može se rešiti posredovanjem Narodne banke Srbije. Predlog za posredovanje dostavlja se Narodnoj banci Srbije u pismenoj formi, poštom ili preko internet prezentacije Narodne banke Srbije i obavezno sadrži rok za njegovo prihvatanje, koji ne može biti kraći od pet niti duži od petnaest dana od dana dostavljanja tog predloga drugoj strani u sporu. Nakon što se pokrene postupak posredovanja, korisnik ne može podneti prigovor Narodnoj banci Srbije, osim u slučaju da je taj postupak okončan obustavom ili odustankom.

Ako je korisnik nezadovoljan odgovorom društva za osiguranje po prigovoru ili mu taj odgovor nije dostavljen u propisanom roku – korisnik može, pre pokretanja sudskog spora, podneti prigovor Narodnoj banci Srbije i to u pismenoj formi, poštom ili preko internet prezentacije Narodne banke Srbije. Rok za podnošenje prigovora je 6 meseci od dana prijema odgovora na prigovor ili od protoka roka za dostavljanje odgovora. 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 društva za osiguranje (poslovno ime i sedište), utvrđivanje odnosa korisnika s društvom za osiguranje, kao i razloge za podnošenje prigovora, tj. šta se prigovorom zahteva. Korisnik uz prigovor Narodnoj banci Srbije dostavlja prigovor koji je uputio društvu za osiguranje, njegov odgovor (ako ga je društvo za osiguranje dostavilo) i dokumentaciju na osnovu koje se navodi iz prigovora mogu oceniti. Podnošenje predloga za posredovanje ili prigovora Narodnoj banci Srbije vrši se na jedan od sledećih načina:

- u pismenoj formi – poštom, na adresu Narodna banka Srbije, Poštanski fax 712, 11000 Beograd,
- elektronski, isključivo preko internet prezentacije Narodne banke Srbije, popunjavanjem formulara kojima se pristupa preko početne stranice internet prezentacije klikom na tekst Podnesite pritužbu/prigovor na rad davaoca finansijskih usluga/predloga za posredovanje,

9. Zaštita podataka o ličnosti

Podaci o rukovaocu podacima o ličnosti

Milenijum osiguranje ado Beograd,
Bulevar Milutina Milankovića br. 3b, Novi Beograd,
e-mail: zastita.podataka@milenijum-osiguranje.rs
www.mios.rs

Svrha obrade ličnih podataka

Osiguravač za potrebe zaključenja Ugovora o osiguranju, kao i ispunjenja obaveza iz Ugovora o osiguranju, u skladu sa Zakonom koji uređuje zaštitu podataka o ličnosti, pre zaključenja i u toku trajanja Ugovora vrši prikupljanje i obradu podataka o Osiguraniku, u svrhu sačinjavanja i izvršavanja obaveza iz Ugovora o osiguranju, kao i u svrhu preduzimanja radnji na zahtev lica na koje se podaci odnose pre zaključenja Ugovora.

Osnov obrade ličnih podataka

Prikupljanje ličnih podataka u svrhu zaključenja i izvršavanja ugovora o osiguranju nužan je uslov za zaključenje ugovora, a zakonom je propisana dužnost osiguranika da prijavi Osiguravaču sve okolnosti koje su značajne za procenu rizika, a koje mu nisu mogle ostati nepoznate. U slučaju da osiguranik uskrati neki od podataka koji su Osiguravaču nužni za zaključenje ili izvršenje ugovora o osiguranju ili za ispunjenje pravnih obaveza, Osiguravač neće moći da ispuni svoje ugovorne ili pravne obaveze, niti da zaključi ugovor sa osiguranikom. Podatke o ličnosti Osiguravač obrađuje i na osnovu zakonskih propisa u svrhu izvršavanja svojih zakonskih obaveza u skladu sa relevantnim propisima kojima se uređuje poslovanje Osiguravača. Pravni osnov za obradu ličnih podataka predstavlja i legitimni interes Osiguravača, osim ako interes ili osnovna prava i slobode lica na koje se podaci odnose ne pretežu nad legitimnim interesima Osiguravača. Legitimni interesi na osnovu kojih Osiguravač obrađuje lične podatke su uglavnom, ali ne isključivo, komercijalne prirode, kao na primer pravo na stalni razvoj kvaliteta u pružanju usluga i uopšte poboljšanje poslovnih procesa, na način koji ne može da šteti interesima, pravima i slobodama korisnika usluga osiguranja. Lične podatke u pojedinim slučajevima Osiguravač prikuplja i obrađuje samo uz saglasnost lica na koje se podaci odnosi. Obrada ličnih podataka na osnovu pristanka koristi se, na primer, za potrebe istraživanja zadovoljstva pruženim uslugama, marketinga proizvoda, segmentacije tržišta, kao i u cilju unapređenja poslovnog odnosa sa klijentima.

Vrste podataka o ličnosti koje se obrađuju

U cilju uspostavljanja poslovnog odnosa Osiguravaču su neophodni osnovni identifikacioni podaci osiguranika kao što su: ime i prezime, datum i mesto rođenja, JMBG, adresa prebivališta odnosno boravišta, podaci o vrsti i broju identifikacione isprave i slično. Osiguravač obrađuje i kontakt podatke neophodne za međusobnu komunikaciju ili istragu mogućih zloupotreba kao što su: adresa za prijem pošte, broj fiksnog odnosno mobilnog telefona, e-mail adresa i slično. U postupku izvršenja ugovora o osiguranju i likvidacije štete Osiguravač obrađuje i medicinske podatke osiguranika neophodne za donošenje odluke o osnovanosti podnetog zahteva za naknadu štete.

Primaoci podataka o ličnosti

Podatke o osiguraniku, Osiguravač obrađuje i prosleđuje svojim akcionarima, članovima organa i zaposlenima, članicama osiguravajuće grupe, saosiguravaču ili reosiguravaču u cilju ispunjenja obaveze iz ugovora o osiguranju, odnosno drugim organima i licima koji po prirodi posla ostvaruju uvid ili obrađuju lične podatke u skladu sa zakonom.

Rokovi čuvanja ličnih podataka

Sve podatke koje obrađuje u svrhu izvršenja ugovora o osiguranju ili za preduzimanje radnji na zahtev lica na koje se podaci odnose, pre zaključenja ugovora odnosno, u druge svrhe po osnovu pristanka, Osiguravač čuva u elektronskom obliku, kao i fizički. Sve podatke o ugovaraču osiguranja i osiguraniku, Osiguravač čuva i obrađuje kao poslovnu tajnu, uz primenu odgovarajućih tehničkih, organizacionih i kadrovskih mera u cilju zakonite obrade ličnih podataka. Lične podatke Osiguravač čuva do ispunjenja svrhe za koju su prikupljeni i svih ugovornih prava i obaveza, odnosno, do isteka rokova propisanih pozitivnim propisima Republike Srbije. Rok u kojem će se lični podaci čuvati zavisi od zakonske obaveze čuvanja podataka, vrste zaključenog ugovora o osiguranju, trajanja ugovora o osiguranju, obrade odštetnih zahteva, kao i rokova zastare potraživanja odnosno 10 godina posle isteka ugovora o osiguranju.

Prenos ličnih podataka u druge države i međunarodne organizacije

Lični podaci klijenata po pravilu se obrađuju u Republici Srbiji. Lični podaci će biti dostupni primaocima u drugim državama ili međunarodnim organizacijama onda kada je isto neophodno radi zaključenja i izvršavanja ugovora o osiguranju (na pr. u svrhe reosiguranja, u obradi međunarodnih šteta, u slučajevima poverenih poslova) samo ukoliko je od strane Evropske unije utvrđeno da obezbeđuju primereni nivo zaštite ličnih podataka. Ukoliko u drugoj državi ili međunarodnoj organizaciji ne postoji odgovarajući nivo zaštite za prenos ličnih podataka, Osiguravač može da sprovede prenos jedino ako je obezbedio odgovarajuće mere zaštite ovih podataka, u skladu sa zakonom, i ako je licu na koje se podaci odnose obezbeđena ostvarivost njegovih prava i delotvorna pravna zaštita.

Prava lica na koja se podaci odnose

U slučajevima predviđenim zakonskom regulativom u oblasti zaštite podataka o ličnosti, lice na koje se podaci odnose ima sledeća prava: pravo na pristup podacima, pravo na ispravku, pravo na brisanje, pravo na ograničenje obrade, pravo na prenosivost podataka, pravo na prigovor i pravo na opoziv pristanka za obradu, kada se obrada zasniva na pristanku. Napred navedena prava, lice na koje se podaci odnose, može da ostvari podnošenjem zahteva koji je dostupan na internet stranici Osiguravača www.mios.rs kao i u ekspoziturama Osiguravača čije adrese su objavljene na internet stranici Osiguravača.

Zahtev za ostvarivanje prava se podnosi online na internet stranici Osiguravača ili se dostavlja na adresu Osiguravača Bulevar Milutina Milankovića br. 3b Novi Beograd („Za lice za zaštitu podataka o ličnosti“) ili na adresu elektronske pošte Osiguravača: zastita.podataka@milenijum-osiguranje.rs. Osiguravač zadržava pravo da od podnosioca zahteva zatraži dodatne informacije radi provere njegovog identiteta, a sve u cilju zaštite prava i privatnosti podnosioca zahteva.

Pristanak na obradu podataka u svrhe direktnog marketinga

Osiguranik daje svoj pristanak da Osiguravač u svrhe neposrednog marketinga obrađuje njegove lične podatke:

- Želim da primam obaveštenja i dodatne informacije o uslugama i akcijama Osiguravača, kao i da učestvujem u anketiranju u cilju ispitivanja zadovoljstva klijenata i dajem saglasnost za prijem navedenih obaveštenja putem obične i elektronske pošte, telefona, mobilnih i interent aplikacija.

(potpis osiguranika uz čekiranje označenog polja u slučaju pristanka)

Opoziv pristanka

Ukoliko je lice na koje se podaci odnose dalo pristanak za obradu ličnih podataka, kada se obrada zasniva na pristanku, istu može u svakom trenutku da opozove, u celosti ili delimično, u skladu sa Zakonom o zaštiti podataka o ličnosti, s tim što opoziv pristanka ne utiče na dopuštenost obrade na osnovu pristanka pre opoziva, a Osiguravač ima pravo na naknadu štete koja bi zbog opoziva nastupila za Osiguravača. Osiguravač će sa obradom ličnih podataka, koja se zasniva na opozvanom pristanku, prestati u najkraćem mogućem roku po prijemu opoziva pristanka. Opoziv pristanka se može dati dostavljanjem na adresu Osiguravača: Bulevar Milutina Milankovića br. 3b, Novi Beograd („Za lice za zaštitu podataka o ličnosti“) ili na adresu elektronske pošte: zastita.podataka@milenijum-osiguranje.rs

Podnošenje prigovora u vezi sa obradom ličnih podataka

Korisnik usluge osiguranja ima pravo da u svakom trenutku podnese prigovor ako se obrada zasniva na legitimnim interesima Osiguravača, uključujući profilisanje ili ako se lični podaci obrađuju za potrebe direktnog marketinga. Prigovor se dostavlja na adresu Osiguravača: Bulevar Milutina Milankovića br. 3b, Novi Beograd („Za lice za zaštitu podataka o ličnosti“) ili na adresu elektronske pošte: zastita.podataka@milenijum-osiguranje.rs. Korisnik usluge osiguranja takođe

ima pravo da podnese pritužbu Povereniku za informacije od javnog značaja i zaštitu podataka o ličnosti ako smatra da je obrada podataka o njegovoj ličnosti izvršena suprotno odredbama Zakona o zaštiti podataka o ličnosti.

Svojim potpisom na ovom predugovornom obaveštenju, osiguranik potvrđuje da je pre prikupljanja podataka, upoznat sa svrhom i pravnim osnovom obrade, načinom korišćenja i obrade podataka o ličnosti, kao i sa obavezom Osiguravača da se prema preuzetim podacima odnosi u skladu sa Zakonom o zaštiti podataka o ličnosti.

Osiguranik takođe potvrđuje da je upoznat s tim da je Osiguravač na svojoj internet stranici www.mios.rs objavio Politiku privatnosti koja sadrži sve neophodne informacije o obradi i zaštiti ličnih podataka, kao i da je istu pročitao i razumeo.

Mesto _____, datum _____

Ime i prezime, JMBG osiguranika _____

Potpis osiguranika _____

SVE USLOVE, TABELE, ŠIRE INFORMACIJE O POKRIĆIMA, FORMULAR I UPUTSTVO ZA PRIJAVU ŠTETE MOŽETE NAĆI NA WEB SAJTU OSIGURAVAČA www.mios.rs