

PREDUGOVORNE INFORMACIJE ZA UGOVARAČA OSIGURANJA - KOLEKTIVNO DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

U skladu sa članom 82. i 84. Zakona o osiguranju (Sl. glasnik RS, br. 139/2014 i 44/2021) u tekstu koji sledi obavestavamo Vas o svim bitnim elementima za zaključenje ugovora o kolektivnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju:

1. Uslovi osiguranja i pravo koje se primenjuje na ugovor

Na ugovor o osiguranju primenjuju se pozitivno-pravni propisi Republike Srbije (Zakon o obligacionim odnosima, Zakon o osiguranju, Zakon o zaštiti potrošača, Zakon o porezu na premije neživotnih osiguranja) i Uslovi za kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

2. Rizici pokriveni osiguranjem

Prema Uslovima za kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje, osnovno pokrće obuhvata vanbolničko lečenje, dok se uz njega mogu ugovoriti izabrana dodatna pokrća:

- Bolničko lečenje;
- Zdravstvena zaštita trudnica i novorođenčeta;
- Lekovi;
- Optika;
- Stomatološke usluge;
- Sistematski pregled.

3. Isključenja u vezi sa rizicima koji su pokriveni osiguranjem i prestanak obaveze Osiguravača

Osiguravač nije u obavezi da isplati naknadu iz osiguranja za sledeće slučajeve:

- Za troškove bilo koje zdravstvene usluge koja nije ugovorena i za koju nije plaćena premija osiguranja;
- Za troškove lečenja za prethodna zdravstvena stanja, osim ukoliko se to posebno ne ugovori i plati dodatna premija osiguranja. Obaveza osiguravača je u svakom slučaju isključena za: Alchajmerovu bolest, Parkinsonovu bolest, paralizu, dijabetes melitus sa hroničnim komplikacijama, aneurizmu (moždanih arterija i velikih krvnih sudova), koronarnu bolest srca (anginu pektoris, infarkt miokarda), moždani udar, tranzitorni ishemični atak, ventrikularnu tahikardiju, ventrikularnu fibrilaciju, bradikardiju kod ugrađenog pejsmejкера, aortokoronarni bajpas, srčanu insuficijenciju, oboljenja srčanih zalistaka, tešku hipertenziju koja zahteva bolničko lečenje, aplastičnu anemiju, sve poremećaje koagulacije krvi, urođene srčane mane, pemfigus, miasteniju gravis, sistemski lupus eritematosus, multiplu sklerozu, sklerodermiju, bolest motornog neurona, mišićnu distrofiju, osteoartritis, reumatoidni artritis, operativnu zamenu zgloba kuka, kolena, ramena, lakti, skočnog zgloba, ručnog zgloba, apneju u snu, psihoze, psihotične poremećaje ličnosti, cirozu jetre, hronični hepatitis, ulcerozni kolitis, Kronovu bolest, sifilis, tuberkulozu i to: bilateralni fibrotoraks, epididimitis i tuberkulozu kičme, rak, benigni tumor mozga, hroničnu opstruktivnu bolest pluća, terminalni stadijum bubrežne insuficijencije - na dijalizi, transplantaciju. Ukoliko se ove bolesti prvi put jave u toku perioda trajanja osiguranja, osiguravač će, u skladu sa ugovorenim osiguravajućim pokrćem, snositi troškove njihovog lečenja.
- Za HIV, AIDS i druge sindrome imunodeficijencije;
- Za povrede i bolesti koje su posledica ratova, unutrašnjih nemira, pobuna, terorizma i slično;
- Za povrede i bolesti koje su posledica epidemije i pandemije;
- Za povrede i bolesti koje nastanu kao posledica elementarnih i prirodnih nepogoda;
- Za sva pogoršanja zdravstvenog stanja izazvana jonizujućim zračenjem (nuklearna radijacija);
- Za povrede i bolesti koje su posledica pokušaja samoubistva ili namernog samopovređivanja,
- Za rizike profesionalnog, amaterskog ili rekreativnog bavljenja rizičnim i opasnim (ekstremnim) aktivnostima ili sportovima kao što 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;
- Za povrede i bolesti koje su nastale kao posledica izvršenja ili učestvovanja u krivičnom delu;
- Za povrede i bolesti koje su nastale kao posledice konzumiranja alkohola, narkotika, opojnih (halucinogenih) proizvoda ili kao posledica lečenja bolesti zavisnosti (alkohol, droga, lekovi i sl);
- Za povrede i bolesti nastale zbog svojevoljnog izlaganja opasnostima (osim u slučaju spasavanja nečijeg života, ali ne i za učestvovanje u potragama);
- Pri primeni eksperimentalnih medicinskih metoda ili metoda koje se koriste u svrhu istraživanja;
- Za otklanjanje fizičkih mana ili anomalija, kozmetičke tretmane, estetske tretmane, izuzev implantata kod totalne mastektomije;
- Za uklanjanje kondiloma ukoliko uzorak nije poslat na HP analizu ili HPV tipizaciju;
- Za troškove operacije nosne pregrade, osim u slučaju kada se vrši iz medicinskih razloga, i to samo kod dece mlađe od 18 godina;
- Pri eksperimentalnim medicinskim istraživanjima ili zdravstvenim uslugama koje nisu naučno ili medicinski priznate, kao i za tretman proučavanja sna i tretmane u vezi sa zastojem disanja u snu;
- Za troškove sprečavanja začeca (kontracepcije), lečenja steriliteta, veštačke oplodnje i lečenja seksualne disfunkcije i to za:
 - Sve metode kontracepcije za žene i muškarce i njihove posledice (mehanička, hormonska i hirurška kontracepcija, odnosno sterilizacija vazektomijom ili podvezivanjem jajovoda);
 - Prekid trudnoće na lični zahtev osiguranog lica i njegove posledice, osim u medicinski opravdanim slučajevima kao što su postojanje oboljenja koje ugrožava život majke, trudnoća uzrokovana silovanjem ili incestom, strukturna ili hromozomska oštećenja ploda, bolesti majke tokom prvog trimestra trudnoće koje oštećuju plod (rubeola), lečenje majke lekovima koji oštećuju plod (tetraciklini, citostatici), spontani abortus;
 - Sve metode lečenja neplodnosti;
 - Obrnute metode kod izvršene sterilizacije (odvezivanje jajovoda, obrnuta vazektomija);
 - Pripremu za veštačku oplodnju i lekove, kao i bilo koji postupak veštačke oplodnje;
 - Lečenje seksualne disfunkcije;
 - Lečenje Viagrom ili generičkom zamenom;
 - Promenu pola, uključujući psihološku i hormonsku terapiju, hiruršku rekonstrukciju pola i dojki.

19. Za časove za trudnice i pripreme za porođaj;
20. Za stomatološke usluge (u okviru dopunskog pokrivača) kozmetičkih tretmana, beljenja zuba, ukrašavanja (circoni) i fiksne proteze, za implante, splinteve, retencione folije za ispravljanje zuba i ritejnere;
21. Za troškove obaveznog preventivnog vakcinisanja, imunoprofilakse i hemoprofilakse koji su obavezni prema programu obavezne i preporučene imunizacije stanovništva protiv određenih zaraznih bolesti u Republici Srbiji, osim za troškove postekspozicione aktivne i pasivne imunizacije protiv: besnila, tetanusa kod povređenih lica, hepatitisa B kod novorođenčadi HbsAg pozitivnih majki, lica koja su imala akcident sa infektivnim materijalom i trudnica sa oštećenjem jetre ako su bile izložene infekciji;
22. Za relaksacione masaže u fizikalnoj vanbolničkoj i bolničkoj terapiji, terapije akustičnim talasima (Shockwave), visoko intenzivni laser (HIL), T-care terapije, endermologija (LPG), INDIBA terapije, ozono i plazma terapije;
23. Za tretman smanjenja telesne težine ili program smanjenja telesne težine, operacija ugradnje gastričnog balona;
24. Za pregled magnetom 3 Tesla MR (3T);
25. Za troškove krioprezervacije i implantacije ili reimplantacije živih ćelija;
26. Za tretman za podmlađivanje, bez obzira na to da li ga je prepisao ovlašćeni lekar;
27. Za ispitivanja funkcije autonomnog nervnog sistema, sinkopa test;
28. Za troškove u vezi sa lečenjem astigmatizma i strabizma, miopije, hipermetropije i presbiopije, uključujući hirurški zahvat radikalne keratotomije;
29. Za hirurške zahvate transplantacije organa i tkiva, bez obzira da li je osiguranik primalac ili donor;
30. Za oboljenja temporomandibularnog zgloba, pregleda i lečenja stanja poremećene normalne okluzije;
31. Za uklanjanje mladeža, izraslina i drugih dermatoloških promena po sopstvenoj želji;
32. Za cirkumcizije (obrezivanja) ako nije medicinski indikovana;
33. Za lečenje gljivičnih oboljenja noktiju na šakama i stopalima, kao i preglede i lečenja uraslih noktiju i zanoktica;
34. Za troškove u vezi sa konkretnim ozledama stopala, kao što su: žuljevi, kurje oči, hiperkeratoze i čukljevi;
35. Za bolesti ili povrede nastale za vreme profesionalnog bavljenja sportom i amaterskih i profesionalnih sportskih takmičenja;
36. Za bolesti ili povrede koje proizilaze iz učestvovanja u tuči (osim u slučaju samoodbrane);
37. Za sve zdravstvene usluge koje nisu propisane odnosno sprovedene od strane ovlašćenog lekara;
38. Izvršeni tretmani, tj. zdravstvene usluge, lekovi, sanitetski materijal, medicinsko-tehnička pomagala ili implantati koje nije indikovao lekar odgovarajuće specijalnosti;
39. Za korišćenje kapaciteta hitne službe davanja zdravstvene usluge za slučajeve koji nisu hitan medicinski slučaj;
40. U slučaju odbijanja osiguranika da se pridržava instrukcije koju dobije od medicinskog tima;
41. Za nabavku lekova koje nije prepisao ovlašćeni lekar;
42. U slučaju da osiguranik odbije da lekara i medicinski tim koji je postavio dijagnozu oslobodi obaveze čuvanja medicinske tajne i time onemogućiti osiguravača da pribavi neophodne informacije;
43. Za naknadu zdravstvenih troškova za koje već postoji pravo na naknadu po osnovu nekog drugog ugovora ili prava;
44. U slučaju zloupotrebe Isprave, u kom slučaju troškove koji nastanu po osiguranom slučaju snosi osiguranik;
45. Ostali troškovi, koji podrazumevaju troškove:
 - Koji su iznad razumnih i uobičajenih troškova u smislu ovih uslova;
 - Kupovine predmeta za ličnu negu i svih kozmetičkih preparata;
 - Uzimanja i čuvanja matičnih ćelija i sve ostale povezane troškove;
 - Biljnih lekova, tradicionalnih lekova i tradicionalnih biljnih lekova, kao i bioloških lekova osim za troškove postekspozicione aktivne i pasivne imunizacije protiv: besnila, tetanusa kod povređenih lica, hepatitisa B kod novorođenčadi HbsAg pozitivnih majki, lica koja su imala akcident sa infektivnim materijalom i trudnica sa oštećenjem jetre ako su bile izložene infekciji, lekova za naprednu terapiju, magistralnih i galenskih lekova koji se koriste za lečenje prehlade, lekova u eksperimentalnoj i istraživačkoj fazi, lekovitih i mineralnih voda, medicinskih vina, hranljivih preparata i sredstava za jačanje imuniteta, okrepljujućih sredstava i sl, iako ih je prepisao ovlašćeni lekar;
 - Svih medicinskih sredstava, osim medicinsko tehničkih pomagala ako je to ugovoreno u skladu sa ovim uslovima, kompresivnih čarapa za vene, pojaseva za trudnice ako je ugovoreno pokrivače zdravstvene zaštite trudnica;
 - Preparata koji se koriste za toaletu sluznica prirodnih otvora, antiseptika za lokalnu upotrebu, preparata za negu problematične kože, dijetetskih i vitaminskih suplemenata osim:
 - Prenatalnih vitamina ako je ugovoreno dopunsko pokrivače zdravstvene zaštite trudnica;
 - Probiotika uz antibiotsku terapiju i dok traje terapija;
 - Preparata gvožđa za anemiju (uz lekarski izveštaj da osiguranik negativno reaguje na preparat registrovan kao lek);
 - Preparata za oči (veštačke suze) kod dijagnoze suvog oka ili konjunktivitisa.
 - Originalnog leka (zaštićenog patentom) na recept kada postoji generička zamena, osim ako je lekar naznačio da je neophodan naznačeni lek;
 - Troškove nastale zato što je bolnica praktično postala ili bi mogla da se tretira kao dom ili stalno boravište osiguranog lica;
 - Sve nemedicinske troškove;
 - Prilagođavanja vozila, kupatila ili objekta za stanovanje ličnim potrebama;
 - Svih medicinsko-tehničkih pomagala koja se izdaju bez medicinske indikacije i preporuke nadležnog lekara;
 - Sledećih sredstava: dodatni točkovi, sobna dizalica, 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 (klima uređaji, ovlaživači, isušivači i prečišćivači vazduha), insulinske pumpe, sobni bicikli, sunčane ili toplotne lampe, jastučići za grejanje, bidei, saune, liftovi, đakuzi, oprema za vežbanje i slični predmeti;
 - Okvira i stakala za naočare za sunce i/ili povezani pribor za naočare;
 - Predmeta opšte upotrebe;
 - Prevoza, izuzev hitnog sanitetskog ili medicinski opravdanog transporta;
 - Pregleda lekara opšte medicine ili specijaliste, u cilju izdavanja potvrde za vrtić, rekreativnu nastavu, vozačku dozvolu, put u inostranstvo, vizu i ostale administrativne potrebe;
 - Preventivnih i skrining pregleda i dijagnostičkih procedura i medicinskih intervencija, indikovanih starosnim dobom ili na lični zahtev osiguranika, bez obzira na medicinsku indikaciju.

46. Za bilo koje druge troškove koji nisu predviđeni Uslovima.

Isključene su sve obaveze osiguravača ako je osiguranik odnosno ugovarač osiguranja dao netačne podatke ili ako postoji namera prevare ili zloupotrebe.

Osiguravač neće nadoknaditi troškove koji nastanu usled medicinskog tretmana ili lečenja koje je započelo pre početka obaveze osiguravača ili koje traje nakon prestanka obaveze osiguravača, iako je lečenje započeto u periodu trajanja ugovora o osiguranju, u skladu sa ovim uslovima.

Obaveza osiguravača prestaje:

- istekom dvadeset četvrtog časa dana koji je u polisi označen kao dan isteka osiguranja, ukoliko nije drugačije ugovoreno;
- za osiguranike isključene iz osiguranja, u toku trajanja ugovora o osiguranju, osiguranje prestaje u 24:00 časa dana kada je osiguravač primio pisanu odjavu ugovarača, odnosno nakon toga, ako je to u odjavi navedeno. Prestankom osiguranja za osiguranika prestaje i osiguranje članova porodice osiguranika, ukoliko su osigurani jednom polisom.

Osiguranje prestaje i pre ugovorenog roka u sledećim slučajevima:

1. smrću Osiguranika – danom smrti,
2. isključenjem Osiguranika iz Ugovora o osiguranju,
3. poništenjem Ugovora o osiguranju.

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

Premija osiguranja se obračunava na osnovu važećih Tarifa Globos osiguranja. Ugovorom o osiguranju, odnosno polisom ugovorena je visina i način plaćanja premije.

Osiguravač ima pravo da Ugovaraču, odnosno Osiguraniku zaračuna zakonsku zateznu kamatu za svaki dan prekoračenja roka u kome je dužan da plati dospelu premiju.

Porezi, doprinosi i drugi troškovi ne postoje.

Ukupan iznos plaćanja je prikazan u Ponudi/Polisi osiguranja.

5. Pravo na raskid ugovora i uslova za raskid, odnosno odustanak od ugovora

Odustanak: Prema Zakonu o zaštiti potrošača, Ugovarač osiguranja ima pravo da u roku od 14 dana od početka osiguranja zahteva poništenje ugovora bez ikakvih posledica pod uslovom da se u tom periodu nije desio štetni događaj za koji je Osiguravač platio štetu.

6. Rok u kome ponuda obavezuje društvo za osiguranje

Pisana ponuda učinjena osiguravaču za zaključenje ugovora o osiguranju vezuje ponudioca, ako on nije odredio kraći rok, za vreme od osam dana od dana kad je ponuda prispela osiguravaču.

Ako osiguravač u tom roku ne odbije ponudu koja ne odstupa od uslova pod kojima on vrši predloženo osiguranje, smatraće se da je prihvatio ponudu i da je ugovor zaključen.

7. Način i rok za podnošenje zahteva za naknadu iz osiguranja

Ugovarač osiguranja je dužan da obavesti osiguravača o nastupanju osiguranog slučaja najkasnije u roku od tri dana od kad je saznao za nastupanje osiguranog slučaja. Ugovarač osiguranja je dužan da prijavi osiguravaču svaku okolnost koja je potrebna za utvrđivanje postojanja obaveze osiguravača ili njenog iznosa i dostavi potrebne materijalne dokaze.

Prijava osiguranog slučaja može da bude pisanim putem na adresu osiguravača, preko obrasca za prijavu osiguranog slučaja koji je dostupan na internet stranici osiguravača www.globos.rs ili lično.

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 Bulevar Mihaila Pupina 165d, 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 preuzima 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, sadrži 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 pravo 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 navedenom 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.